

# Finances Hospitalières

LA LETTRE DES DECIDEURS ECONOMIQUES ET FINANCIERS DES HÔPITAUX

MENSUEL JANVIER 2021 N°153

## ÉDITORIAL

### L'impact sanitaire « hors-Covid » de la première vague de la Covid-19

La première vague de la Covid-19 a eu un impact sanitaire direct, bien sûr, par le nombre de personnes infectées, mais aussi un impact indirect via l'annulation ou au mieux le report des interventions programmées considérées comme non urgentes. Ceci a été rapidement reconnu comme un vrai problème, voire un problème au moins aussi important que la pathologie infectieuse. Nous n'en connaissons les conséquences complètes que dans plusieurs mois et années, mais d'ores-et-déjà, le maximum est fait lors de la deuxième vague pour éviter des annulations d'intervention et de consultation<sup>[1]</sup>, surtout que des patients reportés une première fois en mars devaient être pris en charge à l'automne.

Que peut-on déjà dire sur cette conséquence indirecte de l'épidémie ?

En avril dernier, d'après la CNAM, une baisse de 31% du nombre de consultations a été constatée pour les généralistes, par rapport à avril 2019. Pour les spécialistes, le repli a atteint 56%. Et ceci malgré les possibilités de recourir à la téléconsultation (y compris par téléphone en cas de difficulté d'accès au numérique). Le premier confinement a également entraîné une baisse des examens permettant notamment de dépister des cancers : au 13 septembre, la diminution de l'utilisation de produits à visée diagnostique est significative : -250 000 préparations pour la coloscopie, -500 000 injections pour les produits iodés pour scanner, -280 000 utilisations de produits de contraste pour les IRM<sup>[2]</sup>. Un recul d'au moins 10% est également noté pour l'instauration de traitements pour de nouveaux malades pour les statines, le furosémide, les antiagrégants plaquettaires, les anticoagulants. Les traitements contre la dégénérescence maculaire liée à l'âge ont chuté de 75 000 doses. La vaccination accuse aussi un fort déficit sur la période de six mois : vaccins antitétanique (-620 000 doses), anti-HPV (-150 000 doses), ROR (-130 000 doses) ; le retard paraît impossible à combler en 2020. Par contre, la consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques a fortement augmenté.

Etaient en jeu dans ces évolutions aussi bien les comportements d'auto-censure des patients que les difficultés pour les professionnels de santé d'organiser l'accès aux soins dans de bonnes conditions de sécurité.

En hospitalisation, la FHF a réalisé une estimation d'impact<sup>[3]</sup> en utilisant la base PMSI nationale à fin août à la date du 16/11/2020. Par rapport à 2019, l'activité de chirurgie a diminué de 58% pendant la période de confinement (jusqu'à 80% pour la chirurgie ambulatoire) et de 21% dans la période post-confinement, sans rattrapage l'été. Ont par exemple été touchés : cataractes (déficit de 190 000 interventions sur 300 000) ; coloscopies diagnostiques (déficit de 140 000 actes sur 240 000) ; transplantations d'organes, en particulier les transplantations rénales (déficit de 750 interventions sur 1200), cette activité ayant mis du temps à reprendre en post-confinement. C'est particulièrement grave dans ce domaine car, autant une intervention pour cataracte peut être reportée de quelques mois sans difficulté, autant pour la transplantation, il n'y a pas de récupération possible ; les organes non prélevés sont définitivement perdus.

## SOMMAIRE

### FINANCEMENT & FACTURATION

La prorogation des mesures d'urgence pour assurer la continuité du financement et du fonctionnement des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux pendant la période de crise sanitaire ..... p3

La réforme du financement de la psychiatrie : un cas de schizophrénie ? ..... p5

Parution de la notice technique de l'ATIH sur la campagne tarifaire et budgétaire 2020 - nouveautés « financement » ..... p10

### GESTION FINANCIÈRE

Gestion hospitalière en période de pandémie : Quels enseignements pour les responsables financiers ? ..... p13

### PERFORMANCE

Comment la crise COVID a-t-elle été le catalyseur de la gestion des lits ? .. p17

### CONTROLE DE GESTION & AUDIT

Enquête sur les comptes de résultat des pôles hospitaliers volet n°2 : quelle est la place des CRÉA dans le dialogue de gestion des CHU ? ..... p22

### JURIDIQUE

Comptable public : quelle responsabilité face à un ordonnateur le soutenant dans sa gestion ? ..... p26

### VEILLE DOCUMENTAIRE / AGENDA

..... p31 ; p32

[1] Voir le communiqué de presse du ministère de la Santé du 17 novembre 2020 *Préserver les capacités hospitalières et assurer la continuité des soins : des recommandations aux professionnels face à la Covid-19 - Ministère des Solidarités et de la Santé (solidarites-sante.gouv.fr)*

Ont aussi été notées des diminutions de nombre de séjours pour accident vasculaire cérébral (-5 500 entre le 16 mars et le 30 août) et infarctus du myocarde (-4 000) ; les causes sont diverses, mais on ne peut s'empêcher de mettre cette donnée en rapport avec l'augmentation du nombre de décès subits pré-hospitaliers observée par exemple en Ile-de-France<sup>[4]</sup>.

L'étude conclut que ces « *retards de diagnostics doublés de retards de traitements font craindre une dégradation très importante à venir des indicateurs de morbidité/mortalité* ». Dans le domaine du cancer, l'Institut Gustave Roussy estime ainsi que les retards de soins liés à la première vague pourraient induire entre 4 000 et 8 000 morts supplémentaires à l'horizon de 5 ans<sup>[5]</sup>. Il est en effet démontré qu'un retard de prise en charge, ne serait-ce que de 4 semaines, conduit à une hausse de la mortalité pour une majorité de localisations tumorales<sup>[6]</sup>.

Les craintes les plus vives sont exprimées aussi dans le domaine de la santé mentale.

Ainsi, même si les professionnels souhaitaient ne pas être placés dans une situation de tri des patients, il y a bien eu des choix, jugés nécessaires devant l'urgence de la situation. Tous les malades n'ont pas pu être soignés. Le comité consultatif national d'éthique, face à cette question de la priorisation, a indiqué<sup>[7]</sup> qu'une « *situation exceptionnelle ne doit pas conduire à une éthique d'exception* ». Mais cela y ressemble fort.

**Roland CASH**

[2] A. Weill et coll. Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 13 septembre 2020. EPI-PHARE ANSM-CNAM, Octobre 2020

[3] S. Finkel, F. Séguret, C. Meunier. Estimation de l'impact de la 1ère vague de l'épidémie de Covid-19 sur l'activité hors Covid en France, FHF, novembre 2020 [les auteurs soulignent que ces données devront être confirmées lorsque la base PMSI 2020 sera consolidée]

[4] E. Marjon et al. Out-of-hospital cardiac arrest during the COVID-19 pandemic in Paris, France: a population-based, observational study. *Lancet* 2020, 5:E437-E443

[5] A. Bardet et al. A microsimulation model to assess the impact of SARS-CoV-2 on cancer outcomes, healthcare organization and economic burden. *ESMO* 2020

[6] T.P. Hanna et al. Mortality due to cancer treatment delay : systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2020 ;371

[7] Enjeux éthiques de la prise en charge et de l'accès aux soins pour tous en situation de forte tension liée à l'épidémie de Covid-19, CCNE, Réponse à la saisine du ministre des solidarités et de la santé, novembre 2020

# CRISE SANITAIRE

## La prorogation des mesures d'urgence pour assurer la continuité du financement et du fonctionnement des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux pendant la période de crise sanitaire

L'ordonnance n° 2020-1553 du 9 décembre 2020 prolongeant, rétablissant ou adaptant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19<sup>[1]</sup>, prise sur le fondement de la loi n° 2020-1379 du 14 novembre 2020 autorisant la prorogation de l'état d'urgence sanitaire, comporte plusieurs mesures intéressant les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux<sup>[2]</sup>.

### LA SUPPRESSION DE LA LIMITATION D'UN AN DE LA GARANTIE DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Jean-Claude DELNATTE

L'article 1er de l'ordonnance n° 2020-1553 modifie l'article 1er de l'ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 qui prévoit que les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique (CSP) bénéficient, par dérogation aux articles L. 162-22-1, L. 162-22-6 et L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale (CSS), d'une garantie de financement pour faire face à l'épidémie de covid-19 et précise que le niveau mensuel de cette garantie est déterminé en tenant compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par l'établissement, notamment au titre de ses activités.

[1] JO du 10 décembre 2020

[2] Voir DELNATTE J.C. « Les mesures d'urgence pour assurer le financement et la continuité du fonctionnement des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux pendant la période de crise sanitaire », *Finances hospitalières*, n° 146, mai 2020

Dans sa rédaction initiale, l'ordonnance n° 2020-309 disposait que la garantie était accordée « *Pendant une période d'au moins trois mois et qui ne peut excéder un an, se terminant au plus tard en 2021* » ; l'ordonnance n°2020-1553 supprimant uniquement les mots « *et qui ne peut excéder un an,* » il peut en être déduit que la garantie ne pourra se prolonger au delà de l'année 2021.

### L'ASSOUPLISSEMENT DES CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT ET LA GARANTIE DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

L'article 7 de l'ordonnance n° 2020-1553 rétablit plusieurs dispositions prévues par l'ordonnance n° 2020-313 du 25 mars 2020 adaptant les règles d'organisation et de fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux pour assurer la continuité de l'accompagnement et la protection des personnes âgées, des personnes en situation de handicap, des majeurs et mineurs protégés et des personnes en situation de pauvreté, par ces établissements et services, face aux conséquences de l'épidémie de covid-19.

Cet article prévoit également, qu'en cas de sous-activité ou de fermeture temporaire résultant de l'épidémie, le niveau de financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), ainsi que des lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article, n'est pas modifié.

Pour la partie de financement de ces établissements et services qui ne relève pas de dotation ou de forfait global, la facturation est établie à terme mensuel échu sur la base

de l'activité qui aurait prévalu en l'absence de sous-activité ou de fermeture temporaire résultant de l'épidémie de covid-19.

Les résidents absents des établissements pour des motifs liés à une fermeture temporaire ou à une réduction de l'activité dues à l'épidémie ne sont pas redevables d'une contribution financière. La partie de l'allocation mentionnée à l'article L. 232-3 du CASF et de la prestation mentionnée à l'article L. 245-6 du même code affectées à la rémunération d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile est versée par le département aux bénéficiaires ou aux services d'aide et d'accompagnement à domicile sur la base des plans d'aide établis antérieurement à l'état d'urgence sanitaire.

Les dispositions de l'article 7 de l'ordonnance n°2020-1553 sont applicables à compter du 11 octobre 2020 et jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire déclaré par le décret du 14 octobre 2020 susvisé, prorogé dans les conditions prévues à l'article L. 3131-13 du CSP. Les mesures prises en application de ces mêmes dispositions prennent fin trois mois au plus tard après la même date.

## LA PROROGATION DE LA DÉROGATION AU CARACTÈRE LIMITATIF DES CRÉDITS BUDGÉTAIRES POUR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

Le I de l'article 8 de l'ordonnance n° 2020-1553, reprenant certaines dispositions de l'ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020, prévoit que pour l'exercice 2020, par dérogation aux dispositions de l'article L. 6145-4 et au 4° de l'article L. 6145-8 du CSP, le directeur d'un établissement public de santé peut engager, liquider et mandater toute dépense nécessaire au fonctionnement de l'établissement, entre le 17 octobre 2020 et la fin de l'état d'urgence sanitaire déclaré par le décret du 14 octobre 2020 susvisé déclarant l'état d'urgence sanitaire, prorogé dans les conditions prévues à l'article L. 3131-13 du même code. Dans le cas où les dépenses mandatées dépasseraient le montant des crédits prévus à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) pour les chapitres dont les crédits sont à caractère limitatif, le directeur de l'établissement en informe l'agence régionale de santé (ARS) dans un délai maximal d'un mois après le mandatement de la dépense ou d'un mois après la date de l'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2020-1553 pour de telles dépenses mandatées avant cette date. Le rapport au Président de la République relatif à cette ordonnance indique qu'aucun formalisme particulier n'est prescrit concernant cette remontée d'informations.

## L'ADAPTATION DU CALENDRIER BUDGÉTAIRE APPLICABLE AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Le II de l'article 8 de l'ordonnance n° 2020-1553 dispose que, pour l'exercice 2021, le calendrier budgétaire applicable aux établissements de santé mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 6112-3 du CSP est adapté par décret en Conseil d'Etat, qui reporte au-delà du 1er janvier 2021 et au plus tard le 31 mars 2021 la date à laquelle le directeur de l'établissement fixe le budget et les propositions de tarifs des prestations servant de base à la participation du patient et les transmet au directeur général de l'ARS. Ce décret fixe le délai dans lequel, par dérogation à l'article L. 6145-1 du CSP, la révision du plan global de financement pluriannuel (PGFP) pour 2021 peut être effectuée postérieurement au dépôt de l'EPRD.

# PSYCHIATRIE

## La réforme du financement de la psychiatrie : un cas de schizophrénie ?

Vient d'être acté le report au 1er janvier 2022 de la réforme du financement des activités de psychiatrie.

Le MCO et le SSR ont opté pour des modèles assis sur une classification PMSI robuste. La pathologie n'était pas la bonne porte d'entrée en psychiatrie et de fait, le secteur ne militait pas non plus en ce sens, puisqu'il regroupait les patients non par pathologie mais par domiciliation. La psychiatrie a très tôt réfléchi à une offre de soin variée et moderne, autour d'alternatives à l'hospitalisation, d'offre territorialisée, de proximité et d'innovation organisationnelle. Le MCO a été beaucoup plus long à faire sa révolution, et la T2A a hâté la mutation d'un système administré et rigide vers un dispositif reposant sur le juste soin au juste coût.

L'enjeu de la réforme du financement de la psychiatrie est triple :

- Ne pas entraver le développement naturel d'un secteur de plus en plus sollicité et de moins en moins apte à absorber les flux de patients qui requièrent son action ;
- Faire face aux difficultés récurrentes de recrutement, de formation, de transmission du savoir en psychiatrie ;
- Assumer des prises en charge spécialisées, par âge, par pathologie, par incidence, sans renier les vertus de la sectorisation.

### Un enjeu de taille : sortir de la DAF sclérosante.

La dotation globale et le prix de journée sont des systèmes iniques, qui prorogent les organisations existantes et permettent peu de régulation de l'offre. Pour ne pas révolutionner le maillage actuel, cette réforme se conçoit à sur financement, en maintenant l'offre existante quand elle est correcte, et en facilitant le rattrapage des autres régions.

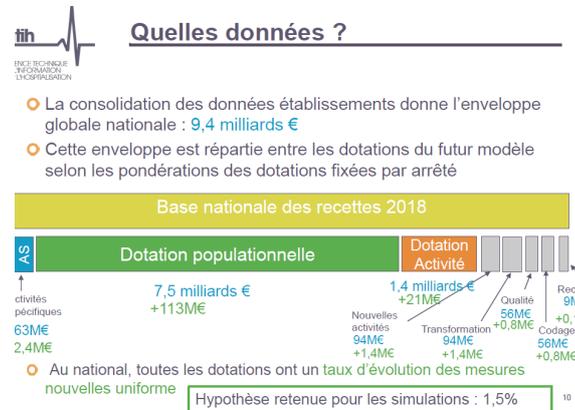
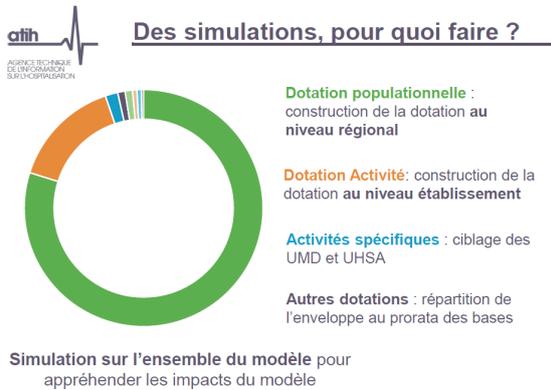
Par ailleurs, faute d'une classification opérationnelle et d'un codage fiable, le secteur ne dispose pas d'un outil médico économique suffisamment documenté et opérationnel pour permettre la mise en œuvre d'une tarification à l'activité qui aurait pu soutenir les établissements innovants ou investissant dans des prises en charge atypiques.

### UN AVATAR DE LA DAF : LA DOTATION POPULATIONNELLE

Le législateur aurait pu combiner la stabilité et la visibilité de la dotation, la simplicité du prix de journée et le soutien aux prises en charge innovantes et dynamiques propre à la T2A. Or, le poids très inégal des compartiments témoigne de ce souci de réinjecter de l'équité entre les régions et établissements, tout en reconduisant peu ou prou les grandes masses financières. Pour concevoir une réforme vraiment redistributive sans pénaliser l'emploi des régions les mieux dotées, il aurait fallu mettre toutes les régions au niveau des plus confortables, générant un delta financier insoutenable.

Le choix d'un modèle à compartiments rappelle le modèle de la DMA en SSR et tente par ce biais d'infléchir légèrement l'offre en donnant de la stabilité sur une part importante du financement, mais en mettant l'établissement en tension pour une part significative puisque la majorité des établissements tangentent l'équilibre et ne peuvent se permettre de dégrader leurs ressources.

La méthode la plus simple pour éviter les effets revenus consiste à ne ventiler qu'une fraction de l'enveloppe et répartir le solde au prorata des bases, ce qui permet d'amortir les écarts et de présenter des compartiments qui sont tous en augmentation par rapport aux ressources actuelles.



## Concept et construction

Le concept de dotation populationnelle vient des travaux sur hôpital de proximité, mixant la nécessité de maintenir une offre et la non-soutenabilité du modèle T2A pour ces trop petits établissements d'assumer leurs coûts structurels. Mais alors, le lien entre population desservie et service rendu était parfaitement élastique, notamment en zone rurale.

Pour le modèle psychiatrique, le lien est beaucoup moins bien établi. Il fonctionnerait dans un système parfait où la répartition spatiale des capacités est cohérente avec la distribution géo-démographique de la population et où l'offre de soin répond exactement aux besoins de celle-ci. Or, on sait que le taux d'équipements en lits de psychiatrie est hétérogène entre les régions, ce qui est lié à l'histoire et à la non régulation durable du système, et que le besoin en soins d'une population donnée est aujourd'hui une aporie conceptuelle.

## Le choix des pondérations

C'est pourquoi la population a été retraitée et distordue pour correspondre au paysage hospitalier existant. L'idée est de rattraper *a minima* les régions les plus retardées, sans pénaliser trop les régions mieux pourvues. Pour assurer la soutenabilité financière, le choix consiste donc un rattrapage partiel et progressif, ce qui est déjà un progrès par rapport au SSR qui avait envisagé sa réforme à moyens constants.

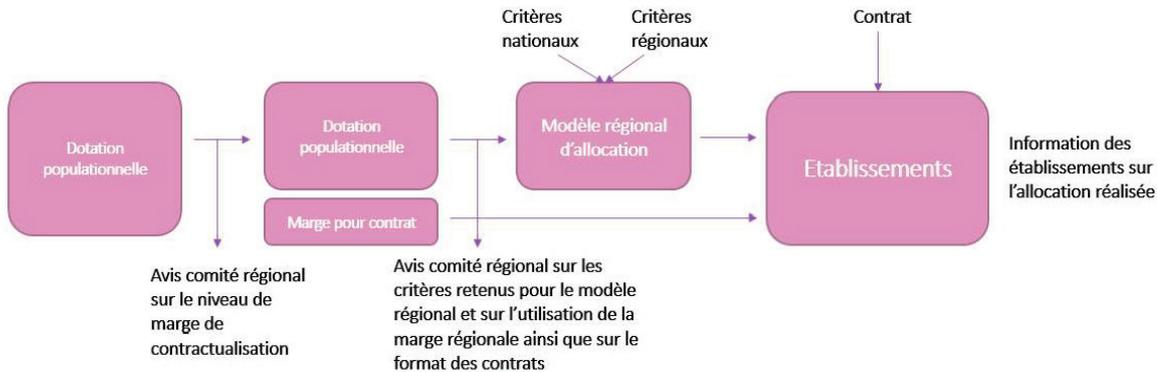
Techniquement, la population a été ajustée, c'est-à-dire pondérée par des critères dont le choix n'a pas fait l'objet d'une concertation et peuvent sembler au mieux arbitraire, au pire choisis pour faire correspondre le modèle avec l'allocation actuelle des ressources tout en maintenant le rationnel de la dotation populationnelle.

Parmi ces critères, le coefficient géographique est présent dans l'ensemble des modèles actuels. Mais le choix d'une survalorisation des mineurs à un coefficient de 2,35 est moins justifiable ; l'option contraire (la survalorisation d'une population âgée) aurait été également audible. Si le rationnel des autres indicateurs tend à inscrire l'établissement dans un écosystème plus ou moins favorable (taux de pauvreté, densité médicale et médico-sociale d'aval), le choix des pondérations respectives semble faire l'objet d'un réglage d'opportunité plus que d'un choix scientifique.

De fait, les régions sous-dotées sont toujours les mêmes (Centre Val de Loire, Grand Est, Antilles ...), mais le choix des pondérations conduit mathématiquement à resserrer les écarts de la majorité des régions. Le mécanisme de rattrapage choisi a été plutôt incitatif puisqu'il upgrade toutes les régions (mesures nouvelles réparties uniformément au prorata des recettes, 69 M€) et majore en supplément les régions sous dotées (rattrapage de l'écart à la cible, 44 M€), avec un étalement sur 5 ans.

## La question du hors secteur

La dotation populationnelle est logique dans le cadre du secteur puisqu'il dessert un bassin démographique circonscrit ; elle l'est moins pour les services non sectorisés, qui se superposent aux secteurs. Le contrat qui régit l'enveloppe du hors secteur sera probablement, au moins dans un premier temps, une reconduction d'une part DAF correspondant au volet populationnel (80%). La reconduction du modèle DAF est donc patent en l'occurrence.



Source : ministère de la santé.

## LA DOTATION ACTIVITÉ N'EST PAS UNE T2A ET LES COMPARTIMENTS SONT MOINS CIBLÉS QUE CEUX DU MODÈLE MCO, EN DÉPIT D'UNE FONCTION RÉGULATRICE ÉVIDENTE.

La répartition des bases est opérée en fonction du type d'activité et non d'un poids de prise en charge ou encore moins d'un tarif de séjour faute de PMSI exploitable. Il en résulte une pondération entre HC, HdJ et ambulatoire (dont le périmètre est encore incertain, en dépit de l'évolution du RIM-P 2021 présenté le 6 novembre par l'ATIH) au prorata du poids économique observé pour chaque catégorie dans le retraitement comptable. Cela induit une série d'approximations liées à l'outil RTC et aux clés de répartition qu'il utilise.

### La dotation File active

La notion de file active recouvre les individus accueillis, quelle que soit la durée et l'intensité de leur prise en charge. Au contraire des journées ou séjours produits, le choix de la file active est fortement régulateur, puisqu'il privilégie le turn-over des patients et l'accueil de nouveaux patients. Il induit une pression sur le raccourcissement des séjours alors que la durée peut-être thérapeutique et que contrairement au MCO où elle est assez prévisible, elle l'est beaucoup moins en psychiatrie. Les hôpitaux, déjà largement confrontés à la pression capacitaire, vont donc devoir arbitrer en permanence entre sortie prématurée des patients (qui n'est pas performante en cas de réhospitalisation puisque le patient ne compte que pour 1 en dépit de séjours itératifs) et nécessité de faire entrer de nouveaux patients. En revanche, le système bénéficie d'amortisseurs pour les séjours supérieurs à 400 jours, ce qui permet de couvrir la petite population de patients non éligibles à des structures médicosociales, notamment parce qu'ils sont agités, et connaissent donc des durées de séjour interminables.

### Dégressivité et progressivité tarifaires

La mécanique est complexe : pour l'HC, un tarif dégressif est appliqué avec cumul de la durée d'hospitalisation sur l'année civile par patient. Un tarif journalier est appliqué à l'HdJ. Un tarif progressif est instauré pour l'ambulatoire de manière à majorer les prises en charge itératives intenses, qui couvrent des situations de crises sans hébergement. L'ambition sous-jacente est donc parfaitement régulatrice : réduire l'hospitalisation conventionnelle, favoriser l'ambulatoire, par un tarif journalier attractif ou une majoration. L'hospitalisation SDRE est majorée, mais pas les autres hospitalisations sous contrainte ce qui interroge le rationnel du coût lié au type d'hospitalisation.

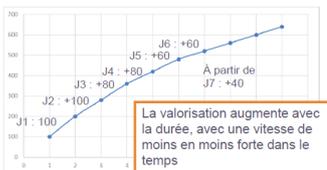
La dégressivité tarifaire en HC séquence la prise en charge entre centre de crise, temps plein et post-cure. Elle implique le parcours du patient entre ces trois moments de soins dont l'intensité est élastique à celle de ses besoins en soin : la crise, plus consommatrice de moyens, est mieux rémunérée mais le rapport coût / durée suit une tangente hyperbolique tendant vers l'asymptote (fig. infra). Les hôpitaux sont donc invités à structurer leur accueil et le *staffing* de chaque espace en fonction de cette intensité.

En théorie, ce modèle mathématique est séduisant ; en pratique, il ne correspond pas à une évolution très normalisée des patients, puisque la durée de chaque séquence n'est pas prédictible alors que la dégressivité tarifaire est fixe, ce qui va générer en permanence des écarts à la cible. En outre, il induit un découpage des services qui n'est pas compatible avec l'architecture, ni les abaques d'encadrement, ni l'organisation sectorisée.

**atih** **Dotation activité**  
**Temps complet et partiel** **DAF**

○ Notion de dégressivité

- Exemple fictif pour 1 patient resté 10 jours en temps plein



Application d'une grille de pondérations

Bornes	Pondération
1-2	100
3-4	80
5-6	60
7 et +	40

← Pondération maximale Pas = 20  
← Seuil

**atih** **Dotation activité**  
**Temps complet et partiel** **DAF**

**Grilles de pondérations dégressives**

Temps plein

Bornes	Pondération	Bornes	Pondération
0	196	0	443
1-2	372	1-2	837
3-5	367	3-5	882
6-9	362	6-8	877
10-14	357	9-11	872
15-19	352	12-15	867
20-27	347	16-21	862
28-38	342	22-30	857
39-59	337	31-45	852
60-112	332	46-78	847
113 et +	295	79 et +	500

Post-Cure

Bornes	Pondération	Bornes	Pondération
0	140	0	313
1-4	230	1-7	626
5-19	275	8-110	621
20-81	270	111-207	616
82-198	265	208 et +	500
199 et +	200		

Grilles de pondérations par formes d'activité pour le scénario B

Pondération Adulte en orange  
Pondération Enfant en vert

Centre de crise

Bornes	Pondération	Bornes	Pondération
0	483	0	563
1	965	1-2	1126
2-5	960	3-4	1121
6-9	955	5-13	1116
9 et +	200	14 et +	350

## Les compartiments complémentaires

Le compartiment *activités spécifiques* a suscité beaucoup d'espérance au sein des établissements proposant des prises en charge un peu atypiques. Un questionnaire de calibrage a été proposé par les ARS, laissant estimer que le sujet était ouvert. L'année 2021 devrait permettre aux ARS d'établir le cahier des charges des activités, mais la masse financière dédiée est restreinte.

Les 5 autres compartiments, qui auraient pu porter une orientation « politique » en renforçant certains aspects de l'organisation (qualité, codage, recherche) sont neutralisés par leur mode de répartition : alloués par établissement au prorata des bases, ils sont un vecteur de reconduction des budgets actuels. Leur majoration viendra renforcer les recettes sans qu'elles soient particulièrement affectées à l'amélioration des objets visés. Tout au plus peut-on se représenter qu'au-delà des 5 ans, les pouvoirs publics rendront ces indicateurs contraignants et tarifants.

## EFFETS DES SIMULATIONS ET PERCEPTION DU RISQUE

### Simulations globales

Elles sont forcément positives aux bornes des régions du fait d'une enveloppe augmentée et des mécanismes de neutralisation des effets revenus. L'application des mécanismes stricts de la dotation FA laisse apparaître une pénalisation des ES pratiquant des séjours longs – sans que l'on sache si la durée est liée à la complexité du patient ou à des pratiques de prise en charge puisque les données ne sont pas médicalisées.

Les effets revenus négatifs sont capés et la masse financière est en augmentation. Le modèle ne peut donc être défavorable. La variable d'ajustement porte sur la file active et

survalorise les CH et les « petits » EBNL, possiblement en raison d'une patientèle plus légère que celle des CHS ou des CHU. Mais l'écart peut aussi être lié à l'inadéquation de la dotation de départ. Enfin, si tous les ES sous OQN augmentent mais légèrement, les ES sous DAF connaissent une augmentation plus forte mais qui ne concerne que 75% d'entre eux. Il est difficile de distinguer si ces écarts aléatoires sont liés à l'inadaptation du modèle ou à une dotation de départ qui ne correspond pas à l'activité produite.

### Des risques forts et non résolus

Le modèle est moins sécurisant que la DAF, aussi statique pour 85% des recettes et ses variations reposent sur un mode de prise en charge que beaucoup de professionnels récusent. La DAF a permis le développement de prises charge alternatives qui peinent à trouver leur place dans le modèle : comment sera couverte la surspécialisation ? Les activités utilisant des techniques aigües ? La psychiatrie de liaison, la psychiatrie exercée en service somatique, ou aux urgences, répondent à un modèle économique non soutenable, puisque la majoration liée à l'exercice psychiatrique ne parviendra jamais à couvrir les coûts mobilisés. De même, faute d'un PMSI adapté, la lourdeur de certaines prises en charge mêlant somatique et psychiatrique ou s'appliquant à des populations complexes (vulnérabilités sociales) ne semble pas discriminante. Enfin, les prises en charge conjointes, associant plusieurs professionnels, génèrent des surcoûts qu'aucun levier du modèle ne semble apte à couvrir.

Le modèle donne le sentiment d'avoir articulé les rigidités de la DAF, tout en renonçant à sa stabilité. Il surfinance l'activité de base, au détriment des prises en charge expertes et innovantes. Cela ne signe sans doute pas un progrès pour la discipline.

Les alertes sont nombreuses et concernent l'ensemble des champs de la réforme :

- La task force qui a établi ce modèle est aujourd'hui dissoute et la continuité du « service après-vente » n'est pas assurée. La répartition des rôles entre l'administration centrale et les ARS n'est pas claire quant aux éléments figés et à ceux pour lesquels subsiste une incertaine marge de manœuvre.
- Le rôle central accordé aux fédérations d'établissements pose la question de leur représentativité comme celle de leur inégal investissement dans le suivi de ce projet – les dissensions avec leurs adhérents sur la question du report de la réforme intuitant des positions clivantes.
- Sur le compartiment activité, les écarts négatifs sont parfois importants au sein d'une région. Comment faut-il interpréter ces effets revenus, aujourd'hui limités à 15 % et capés, mais très déstabilisants demain ?
- Comment les projets nouveaux, aujourd'hui financés en DAF reconductible, seront-ils pérennisés demain ?
- Le compartiment activités spécifiques, fourre-tout de ce qui n'est pas capté par les autres compartiments, couvre des activités représentant bien plus que les 2% du modèle qu'il recouvre. Comment le delta sera-t-il financé ?

Ces questions montrent que derrière des mécanismes édulcorants, les hôpitaux ont tout intérêt à considérer les années de mise en œuvre du modèle comme un délai de convergence vers le plan d'économie qui leur est imposé.

## CAMPAGNE BUDGÉTAIRE ET TARIFAIRE MCO

## Parution de la notice technique de l'ATIH sur la campagne tarifaire et budgétaire 2020 - nouveautés « financement »

La notice technique de l'ATIH sur les évolutions touchant le financement en 2020<sup>[1]</sup> paraît avec un grand retard en raison de la crise sanitaire. Ces nouveautés concernent les prestations d'hospitalisation, étant entendu que les mécanismes exceptionnels de garantie de financement pour la période de mars à décembre 2020, et de régularisation de cette garantie, sont décrits dans un document antérieur<sup>[2]</sup>.

Roland CASH

[1] Notice technique du 25 novembre 2020, ATIH : Campagne tarifaire et budgétaire 2020. Nouveautés « financement ».

[2] COVID-19 – Mise en place d'une garantie de financement – Notice technique, ATIH, mai 2020

[3] Instruction n°DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020. Voir Paolo BERCELLI "L'instruction « gradation » du 10 septembre 2020" *Finances Hospitalières* n° 151, novembre 2020.

[4] Arrêté du 28 février 2020 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile

### GRADATION DES PRISES EN CHARGE AMBULATOIRES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Pour soutenir le développement de l'ambulatoire, a été publiée en septembre 2020 l'instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires en établissements de santé<sup>[3]</sup> ; elle se substitue à l'ancienne circulaire « frontière » de 2010, et est appelée maintenant « instruction gradation » pour traduire le fait qu'il s'agit de décrire la gradation entre la prise en charge externe et l'hospitalisation de jour. Ces évolutions se traduisent notamment par la création d'un niveau intermédiaire de prise en charge qui fait l'objet d'une facturation par un GHS dédié, ce qui justifie la suppression dans l'arrêté « Forfaits »<sup>[4]</sup> de certains forfaits qui étaient associés à des prestations hospitalières sans hospitalisation :

- FPI (consultation pluridisciplinaire et/ou pluri-professionnelle répondant à certaines conditions),
- AP2 (administration d'un produit de la réserve hospitalière non inscrit sur la liste en sus et dont l'administration n'est associée à aucun acte CCAM),
- SE5 et SE6 (actes CCAM associés à l'administration de toxine botulique) ;

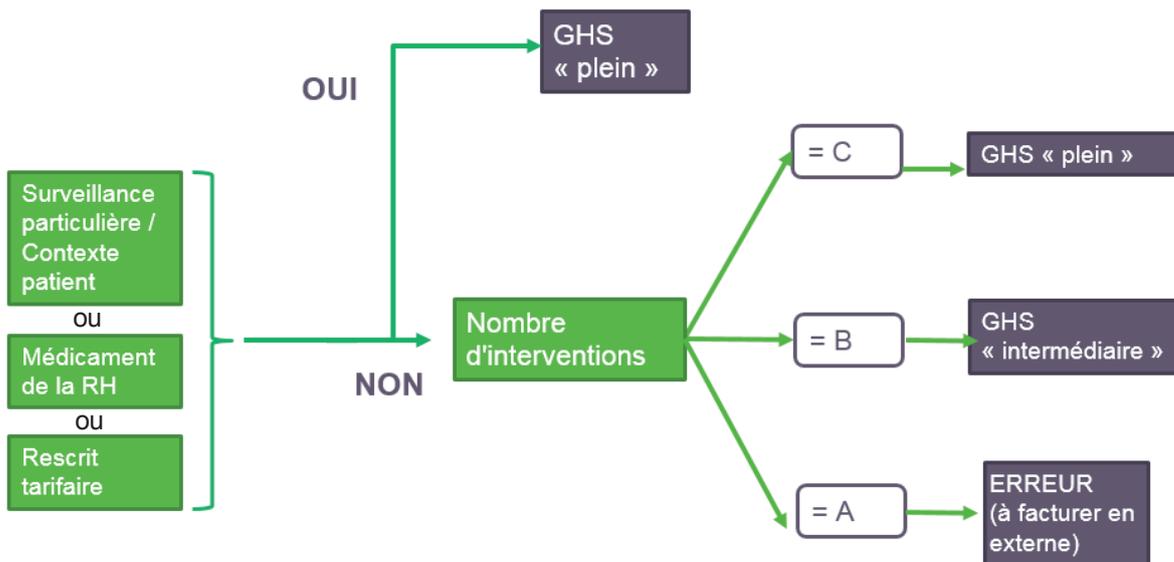
En outre, le périmètre du forfait APE (administration de produits en environnement hospitalier) est modifié : il est facturé pour les administrations de médicaments (et de dispositifs médicaux) inscrits sur la liste en sus. Pour l'administration de médicaments de la réserve hospitalière, un GHS pour prise en charge hospitalière sans nuitée à taux plein est facturé.

Les règles relatives à la facturation des GHS sont modifiées pour ce type de séjour, en distinguant GHS plein et GHS intermédiaire.

Ce GHS intermédiaire correspond aux séjours de médecine sans nuitée, sans acte classant, et ne répondant à aucune autre des conditions pouvant justifier la facturation d'un GHS plein (séances, patient décédé ou transféré, soins palliatifs...).

Des évolutions des règles de codage sont nécessaires pour accompagner l'instruction « gradation ». Ainsi, de nouvelles variables sont recueillies pour décrire les moyens mobilisés lors de la prise en charge de ces patients et savoir s'il faut facturer un GHS plein ou un GHS intermédiaire.

Le schéma suivant, issu de la notice technique, résume l'algorithme (hors séjours pour lesquels le problème ne se pose pas et où le GHS plein est facturé).



A = moins de 3 interventions ; B = 3 interventions ; C = 4 interventions ou plus (coordonnées par un professionnel médical)

« Les tarifs intermédiaires pour les GHM en « M » (3ème lettre du GHM) sont calculés en appliquant un coefficient d'abattement de 50% sur un tarif de référence correspondant aux prises en charge sans nuitée construit sur la base des données de l'ENC. Ces tarifs sont regroupés par « classe » pour assurer une meilleure lisibilité au dispositif qui conduit ainsi à ne fixer que quelques valeurs différentes pour ces prises en charge. »

## CRÉATION DE NOUVEAUX GHS DÉDOUBLÉS

Deux nouveaux cas de dédoublement sont mis en œuvre :

- Bevacizumab (AVASTIN<sup>®</sup>) et DMLA : en cas d'injection de ce produit de façon isolée, le GHS minoré n°398 est facturé, au sein du GHM 02C11J « Autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères, en ambulatoire » ;
- Thermoplastie bronchique : cet acte, réalisé au sein d'un séjour groupé dans la racine 04M03 (bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans), conduit à des GHS majorés.

## ELARGISSEMENT DU PÉRIMÈTRE DE LA MESURE DE SOUTIEN À LA PRATIQUE DE LA RÉHABILITATION AMÉLIORÉE APRÈS CHIRURGIE (RAAC)

Pour accompagner le développement de l'activité de RAAC, dès 2019, une mesure avait été mise en œuvre conduisant à conserver la valeur du tarif du séjour qui correspond à son niveau de sévérité, quelle que soit sa durée, pour 17 racines de GHM.

En campagne 2020, deux racines de GHM viennent s'ajouter à cette liste :

- 04C02 : Interventions majeures sur le thorax
- 08C22 : Interventions pour reprise de prothèses articulaires

## AFFINEMENT DES SUPPLÉMENTS TRANSPORTS À DISTANCE

La réforme du financement des transports inter-établissements, prévue dans la LFSS pour 2017, se poursuit. Rappelons que les transports concernés (intégralité des transports de patients déjà hospitalisés sauf exception) ne sont plus facturables à l'assurance maladie mais directement pris en charge par les établissements.

La principale évolution pour 2020 est un affinement des suppléments en fonction de la distance kilométrique. Ainsi la valeur des suppléments est à la fois fonction du type de transfert (définitif ou provisoire pour réalisation d'une séance) et de la classe de distance en km.

La variable « classe de distance » est ajoutée dans le FICHSUP transports à partir du 1er mars 2020.

A noter qu'en 2021, ce recueil sera remplacé par un recueil FICHCOMP.

### FORFAIT D11 DANS LE CADRE D'UNE PRESTATION INTER-ÉTABLISSEMENT

Les séances de dialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM) réalisées dans le cadre d'une prestation inter-établissements sont traitées comme les GHS de séances de dialyse ou de chimiothérapie. Ainsi, l'établissement prestataire ne facture plus sa prestation (forfait D11) à l'établissement demandeur mais directement à l'assurance maladie ; de même, il assume la charge du transport en facturant un supplément TSE (couvrant l'aller et le retour).

### EVOLUTION DU FORFAIT ANNUEL GREFFE (FAG)

Un nouveau compartiment est créé, dédié au financement de la cohorte de donneurs vivants. Il permettra l'amélioration de la qualité du suivi de la cohorte sur la base du système d'information Cristal : le financement rémunère les équipes ayant un taux d'exhaustivité de la base Cristal « DV » supérieur à 80% ou une progression par rapport à l'année précédente.

### AUTRES MESURES

En 2020, l'enveloppe d'Incitation Financière à la Qualité (IFAQ) est portée de 200M€ à 400M€. En contrepartie, les tarifs de l'ensemble des prestations des champs MCO et HAD sont diminués de 0,40%.

Dans le cadre de l'article 51, le ministère conduit une expérimentation concernant les médicaments anticancéreux, avec cinq établissements de santé. Ceux-ci sont invités à remonter des informations sur les médicaments anticancéreux intra-GHS, via un fichier *FICHCOMP anticancéreux intraGHS*, ainsi que des informations complémentaires sur la typologie des tumeurs et la progression de la maladie, dans un fichier *DATEXP méd anticancéreux*.

Les actes d'injection des produits CAR-T Cells seront ajoutés à la CCAM courant 2020. Pour 2020, les consignes de codage sont inchangées et restent celles de 2019.

# CRISE SANITAIRE

## Gestion hospitalière en période de pandémie : Quels enseignements pour les responsables financiers ?

L'année 2020 constitue une parenthèse étonnante dans l'exercice de la gestion financière au sein du monde hospitalier. Elle marque à la fois l'implosion (temporaire ?) des carcans d'un système d'organisation, elle appelle à des réformes en profondeur et suscite de nouvelles interrogations sur les fondamentaux de la gestion financière de l'hôpital pour 2021. Sélection des principaux témoignages exprimés entre octobre et décembre derniers lors de la 8ème conférence annuelle Santé & Finances de Grant Thornton.

### ENTRE IMPLOSION DES CARCANS ET INCERTITUDE FINANCIÈRE

Propos recueillis par  
Hélène BARON-BUAL  
et PoI NOLET  
GRANT THORNTON

Camille Dumas, Directeur Financier des HCL - Hôpitaux de Lyon, coordinateur de la réunion des Directeurs Financiers de CHU, le déclare sans détour : « *le Covid a profondément modifié l'approche financière de la gestion hospitalière. La nécessité de faire face à l'immédiat, le besoin absolu de financer l'urgence, ont provoqué une révolution de nature existentielle pour les directions financières* ».

La garantie de ressources devenant primordiale, le surcoût devient une donnée de gestion, au-delà des montants, voire de la pertinence économique de l'achat. « *C'est une inversion totale du référentiel, poursuit Camille Dumas... Le sujet n'est pas de réduire la dépense, mais de financer cet excédent de dépenses, sachant que les moyens propres de l'hôpital à cet instant ne permettront pas de couvrir la charge nouvelle* ».

Bertrand Jeanmougin, Directeur des Finances du CHU de Strasbourg s'inquiète : « *la crise sanitaire du COVID a provoqué un bouleversement radical du cadre budgétaire et financier de beaucoup d'établissements publics de santé, créant un effet de ciseau, avec une progression significative des charges (qui restent partiellement compensées à ce jour) et une grande incertitude au niveau des produits. Si les produits de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) font heureusement l'objet d'une sécurisation au moyen du dispositif MGA (Minimum Garanti d'Activité), il n'en va pas de même pour les recettes de titre 2 (tickets modérateurs H&E, forfaits hospitaliers, etc.) et de titre 3 (régime particulier) à la charge des organismes complémentaires et des patients. On observe également une baisse très significative des recettes liées à la prise en charge des patients étrangers, traditionnellement importantes dans les CHU qui disposent de filières d'excellence réputées au niveau international et a fortiori ceux situés en position transfrontalière* ».

Rémi Casalis, Directeur Financier du CH de Valenciennes, ajoute : « *la situation financière des établissements de santé pour l'année 2020 s'annonce en réalité particulièrement délicate !* » il est difficile d'évaluer exactement les effets financiers de la pandémie, mais on peut raisonnablement considérer qu'à ce stade, une partie insuffisante des crédits promis a été versée ».

### ETABLIR DES PRÉVISIONS ?

Durant cette crise du Covid, les dispositifs mis en place depuis la T2A en 2004, l'EPRD en 2006, imposant à l'hôpital public d'anticiper ses activités et ses recettes, de couvrir ses charges, de développer des stratégies, ... ont été temporairement mis entre parenthèses.

Vincent Kauffmann, Directeur du CH Dron (Tourcoing), considère que « *la construction d'une prévision financière pour 2021 constitue, pour l'heure, une inconnue. Etablir une prévision de recettes et d'activités fiable et sincère pour 2021, et a fortiori un EPRD, est*

*impossible. Elle ne peut constituer un sujet de préoccupation à l'heure actuelle même si à un moment donné, il nous faudra évidemment faire l'état des lieux et le bilan économique de cette crise au niveau de chaque établissement. Le coût global de cette période n'apparaîtra que tardivement ».*

En fait, poursuit Camille Dumas, « *en matière de construction de l'EPRD, il faut bien le reconnaître, nous sommes dans le syndrome de la page blanche. Nous vivons au jour le jour. Nous sommes passés d'un excès de maîtrise à un excès d'incertitude. En gestion opérationnelle, un EPRD en janvier est-il encore justifié ? Le Covid a fragilisé durablement la stabilité financière de l'hôpital, qu'il s'agisse de son mode de gestion ou de ses équilibres à long terme ».*

D'autant que, poursuit Bertrand Jeanmougin, « *le MGA se base sur le réalisé T2A M12 2019 auquel n'a été rajouté que l'effet tarif prévu à l'ONDAM 2020 (+0,2%), mais sans tenir compte de l'effet volume initialement prévu ».* De fait, dans les projections budgétaires annuelles pour l'EPRD, il est tenu en compte de l'effet conjugué tarifs et volumes. Ce levier ne s'est pas réalisé en 2020.

C'est également vrai pour le PGFP : nous sommes passés d'un PGFP comportant des règles et des variables, à un PGFP ne comportant plus que des hypothèses : « *l'enjeu n'est pas d'établir des prévisions mais de proposer des hypothèses plausibles, dans un environnement qui reste aversif aux incertitudes »*, répond Camille Dumas.

## NE PAS CASSER LA DYNAMIQUE DE LA GESTION FINANCIÈRE VOLONTARISTE DE L'HÔPITAL

Une des grandes incertitudes porte sur les aides programmées pour le futur, sur la nécessité de les adapter aux réalités de chaque établissement et surtout le souci de ne pas casser la dynamique financière des établissements. La nature et la portée des aides, calculées sur une base rétrospective de l'activité de l'année précédente, pénalise les établissements les plus volontaristes, notamment ceux qui avaient prévu ou mis en place des investissements sur l'année 2020, et qui pouvaient légitimement projeter une hausse d'activité, et donc espérer des recettes nouvelles.

*Rémi Casalis : « c'est toute la dynamique des investissements de l'hôpital qui s'en trouve bouleversée. Les établissements les plus volontaristes sont doublement frappés : d'une part, les montants qui leur sont accordés sont évalués sur base des forfaits 2019 et notamment sur des forfaits amortis, et d'autre part ils ne bénéficieront pas des forfaits à plein tarif applicables pour de nouvelles activités. En outre, si la garantie a permis de compenser les pertes d'activités sur les services de médecine et de chirurgie, il ne faut pas sous-estimer que dans certains domaines, l'activité en 2020 a été plus intense durant la crise qu'au cours la période de référence 2019, notamment en réanimation »*

D'autre part, ajoute Bertrand Jeanmougin, « *pour beaucoup d'établissements, la crise du COVID s'est traduite par l'impossibilité de poursuivre la mise en œuvre des plans de retour à l'équilibre et la recherche d'actions d'efficience. A l'appel des pouvoirs publics, la mobilisation extrême des moyens hospitaliers « quoi qu'il en coûte » n'a évidemment pas permis d'engager ces actions, fortement questionnées par les communautés hospitalières dès avant le déclenchement de la crise sanitaire ».*

## DOTATION GLOBALE, T2A, ONDAM

Au sein des établissements, la dotation globale serait-elle de nature à casser la dynamique du pilotage financier et du contrôle de gestion, devenus moins motivants dès lors que les recettes sont déconnectées de l'activité et des efforts fournis par chacun ?

*« Il faut éviter les pièges de la dotation globale !... rappelle Jean-Pierre Dewitte, ancien Directeur Général du CHU de Poitiers, ... certes, la réforme du financement de l'hôpital était déjà dessinée avant le Covid, mais cette période aura été le révélateur des insuffisances. Regardons comment ont stagné les dotations des structures de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation restées sous dotation globale. »*

Au-delà d'une évolution du mode de financement, la T2A avait, lors de son lancement, constitué une rupture sur la logique même de l'organisation hospitalière, et les plans de reprise de l'activité souffriront de la disparition de l'incitation financière à l'activité que représente, malgré ses défauts, la T2A.

D'autant, ajoute Bertrand Jeanmougin, « *que la réforme semblait devoir englober une logique davantage axée sur les parcours de soins, une logique de financement à la qualité, une modification des modalités de financement des urgences et de la psychiatrie, le début de la réforme des tarifs journaliers de prestation. Qu'en est-il réellement pour 2021 ? Il faudra attendre l'adoption définitive de la LFSS pour identifier les mesures qui seront retenues.* ».

Driss Bennis, Directeur de la Stratégie financière au CHU de Nîmes, suggère « *qu'il serait juste et nécessaire de prévoir, pour le présent ou pour l'avenir, des ajustements aux dispositifs mis en place, lesquels permettraient de conjuguer une sécurisation des recettes et une incitation au développement des activités. La garantie de financement pourrait être rendue modulable, par un dispositif de sortie « sur mesure » lorsque l'activité réelle dépasse l'activité équivalente aux recettes garanties* »

Dans ces cas précis, certains proposent de rebasculer en financement par la T2A. Ce serait un mécanisme incitatif pour les établissements, après les phases aigües de l'épidémie, pour relancer leur activité, notamment en ce qui concerne ceux qui ont mis en place des plans volontaristes de relance en fin de pandémie. La construction des tarifs sur la base de coûts moyens est certes un encouragement à l'alignement sur les meilleurs standards organisationnels, mais elle reflète bien une réalité de terrain : si certains établissements y arrivent, pourquoi pas d'autres ?

Driss Bennis poursuit : *ce n'est pas la T2A qui a conduit à une gestion financière malthusienne au sein de l'hôpital public, mais bien les taux d'évolution de l'ONDAM fixés année après année dans le cadre plus global de la maîtrise des déficits publics à l'échelle nationale et européenne.* »

Et Cécile Chevance, Directrice du pôle Finances à la FHF, de conclure : « *l'évolution des modes de financement du système de santé ne peut se limiter à la seule évolution du financement des hôpitaux publics, déjà fortement forfaitisé. Une rénovation profonde du pilotage de l'ONDAM est nécessaire afin de passer d'une régulation comptable annuelle voire infra-annuelle à un pilotage pluriannuel et médicalisé fondé sur des objectifs de santé publique* ».

## DANS UN CONTEXTE DE PROLONGATION DU COVID, 2021 SERA DÉTERMINANTE POUR LA GESTION HOSPITALIÈRE.

Nous pensons que l'année 2020 serait une parenthèse. Il devient de plus en plus évident que 2021 restera une année délicate pour les finances hospitalières. Elle nécessitera une gestion prudente des dépenses et une coopération renforcée entre les services administratifs et le corps médical.

L'épidémie se prolongera probablement durant une bonne partie de l'année 2021, avec un degré d'intensité inconnu à ce jour. Quelle qu'en soit la gravité, l'hôpital dans son activité et son fonctionnement ne connaîtra pas, on peut le craindre, de retour à la normale avant 2022.

Les qualités de stratégie des dirigeants seront d'autant plus nécessaires que le terrain n'est pas balisé ; et ils ne pourront plus s'appuyer sur les stéréotypes de gestion et les automatismes classiques. Dans un environnement incertain, les gestionnaires, libérés en partie des carcans, pourront pleinement exprimer leur savoir-faire. L'exercice consiste à minimiser les risques et saisir les opportunités.

Les gestionnaires hospitaliers devront focaliser leurs efforts sur la maîtrise des dépenses, dans la mesure où les prévisions de recettes et de financements sont délicates à

envisager dans un contexte de grande incertitude d'activités. 2021 doit être l'année du retour vers une gestion serrée et prudente des dépenses, telle que les responsables financiers l'ont toujours pratiquée.

« Selon toute vraisemblance, craint Bertrand Jeanmougin, la logique de régulation ne sera pas abandonnée et les établissements publics de santé devront s'y conformer, à l'instar des autres services publics. Comme tous les ans, le PLFSS 2021 intègre un plan d'économies de grande ampleur. Dans ce contexte, la question qui se pose est bien celle du financement pérenne des effets coûts qui ont découlé de la crise sanitaire ; je pense évidemment à l'impact sur la masse salariale des EPS de l'ensemble des mesures décidées à l'issue du Ségur de la Santé, de l'ordre de +8 à +10% en base ».

L'année 2020 ne peut être qu'une exception, et l'augmentation limitée de l'ONDAM (de l'ordre de 5%) pour 2021 en est un premier indice assez évident : comment avec cette progression de l'ONDAM de 5% les établissements pourraient-ils absorber ces seules charges de personnel, toutes autres choses restant égales par ailleurs ? On peut craindre que la décision de revalorisation des salaires hospitaliers se traduise *in fine* par une contrainte financière sur l'hôpital. « Il serait pourtant inconcevable que cette augmentation salariale soit liée à une mesure d'économie équivalente sur le terrain : mieux rémunérer le personnel, à condition qu'il y en ait moins ? », s'interroge Rémi Casalis.

L'excellence de la gestion hospitalière sera donc déterminante en 2021. De son succès dépendront les équilibres des années à venir. En 2020, la plupart des décisions s'inscrivaient sous l'influence d'un contexte d'urgence imposé par le Covid. Laisser 2021 se dérouler selon le même schéma que 2020 serait une erreur.

Et Camille Dumas de conclure : « les contraintes budgétaires reviendront et les réflexes de rigidité seront de nouveau la règle. Peu de choses, probablement, bougeront. Cela remet en cause la capacité de l'Etat à repenser ses processus. L'Etat sait faire face durant une période dérogatoire, il ne sait pas initier une simplification à plus long terme. Il ouvre les vannes, et puis il les referme et revient à une logique antérieure, comme si rien ne s'était passé. Les hôpitaux sont dans une nouvelle logique de fonctionnement, mais doivent composer avec les règles d'un système rigide »

## LE COVID NE CONSTITUE PAS UN OBSTACLE À LA CERTIFICATION DES COMPTES DES ÉTABLISSEMENTS

« Sur le plan technique, confirme Bertrand Jeanmougin, les établissements n'ont pas rencontré de problèmes majeurs pour la certification des comptes 2019, et malgré ces contraintes inédites, il convient de souligner la grande qualité du travail effectué ».

Le Covid a bouleversé le modus operandi d'un métier aussi réglementé que celui de commissaire aux comptes. Toutefois, l'expérience de la première vague de Covid a montré que la pandémie n'empêche nullement les commissaires aux comptes de mener leurs diligences, ... et les équipes internes d'y consacrer la collaboration nécessaire. En cette période de confinement, l'expérience acquise de la « télécollaboration » a permis aux commissaires aux comptes de créer durablement un mode opératoire à distance, respectueux de leur déontologie, dont ils mesurent et partagent le bénéfice avec leurs clients. C'est également lors de ces situations complexes que l'audit s'avère le plus utile, que l'échange avec le commissaire aux comptes s'inscrit comme un véritable partenariat au service de l'hôpital.

Les clés du succès dans de telles circonstances pour assurer le suivi conforme de l'avancement des missions, est la mise en place d'un calendrier précis et des points de contact réguliers.

« Les travaux ont été grandement facilités par le délai supplémentaire accordé par la réglementation, ajoute Bertrand Jeanmougin, et la certification des comptes de l'année 2020, sur le strict plan technique, ne devrait pas engendrer d'autres difficultés. »

# CRISE SANITAIRE

## Comment la crise COVID a-t-elle été le catalyseur de la gestion des lits ?

Le rôle de la COVID-19 a déjà été nettement cité en tant que catalyseur de l'innovation sanitaire : santé numérique selon l'OMS, politique du grand âge selon *Le Monde*, recherche en vaccination pour *Les Echos*... Plus près du patient, la crise a également été l'occasion, pour de nombreux hôpitaux, d'enfin opérer le virage vers une gestion des lits telle que recommandée depuis plus de cinq ans par l'ANAP.

### LE COVID A MIS EN ÉVIDENCE LES DÉFAUTS D'UNE GESTION DES LITS LACUNAIRE

En effet, avant même le début de la crise, le capacitaire national en lits et le manque de ressources humaines étaient régulièrement décriés comme insuffisants par la communauté hospitalière. Quand la première vague COVID du printemps 2020 est venue ajouter à cette fragilité, la mise sous-tension des capacités d'accueil hospitalières dans certaines régions (Grand Est, Ile-de-France..) a fait cruellement ressortir les conséquences d'une gestion des lits trop sommaire ou mal outillée.

#### Les urgences sont devenues de plus en plus difficiles à désengorger

Face à un afflux soudain de patients dont une grande majorité auraient été « naturellement » orientés vers la pneumologie, la difficulté des urgences à fluidifier les sorties depuis les lits-portes est rapidement devenue critique. En cause, toutes les pertes de réactivité imputables à une gestion insuffisante ou mal organisée : incapacité à maximiser le temps d'utilisation des lits (sorties tardives, décalage entre sortie et nettoyage, problèmes de programmation, hyper spécialisation qui ne permet plus de mutualiser..) et difficulté à communiquer sur leur disponibilité en temps réel.

#### Les réorganisations soudaines de services ont créé une grande confusion

Du jour au lendemain, ou presque, des services entiers ont été transformés en service COVID, quitte à abandonner tout ou partie de leur activité (déprogrammations massives en chirurgie et en médecine, par exemple). Dans le même temps, des services existants ont vu exploser leur capacitaire (au CHSF, le nombre de lits de réanimation a été multiplié par trois en quelques semaines !). Dans un contexte de changements fréquents et majeurs de la répartition du capacitaire, la gestion « habituelle » de beaucoup d'hôpitaux, fondée sur des coups de fil de personne à personne et l'expérience des cadres de santé de service, a été tout de suite mise à mal. Il est rapidement devenu difficile pour un service donné de savoir s'il pouvait envoyer ses patients à qui, ou à l'inverse qui informer quand une capacité d'accueil se libérait.

#### Les insuffisances de suivi du parcours patient se sont transformées en sujet critique

Dans un contexte d'une pathologie extrêmement contagieuse, il a fallu appliquer strictement des circuits distincts et la marche en avant, mais aussi suivre l'isolement des patients en préventif au regard des différentes symptomatologies d'une maladie jusqu'alors inconnue (et non pas dans quelques cas rares de maladies fortement contagieuses en infectiologie). Conséquence directe, il est tout de suite devenu impératif

**Marie-Paule SAULI**

Directrice des soins

**Jérôme BROLI**

Directeur du parcours patient

Centre Hospitalier Sud-Francilien

**Clara LANGLOIS-GEY**

Consultante senior

**Agathe WILQUIN**

Consultante senior

**Pierre DAGEN**

Directeur  
GovHe

de pouvoir consolider la vision de tous les déplacements de chaque patient dans l'hôpital et de sectoriser les services de soins pour identifier correctement les services COVID, tout particulièrement pour les individus dont les comorbidités demandaient une prise en charge croisée (COVID et Diabète, par exemple). Ce défi a culminé dans l'impératif de saisir tous les patients COVID+ dans la base SI-VIC (*Suivi d'information pour le suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles*). En l'absence d'un outil de saisie avec une fonction d'historique, le remplissage a été jugé difficile, parcellaire, voire faux au terme de la première vague ; ce qui fait courir un risque administratif voir financier pour l'hôpital, mais aussi et surtout un risque sanitaire. En effet, un suivi optimisé du parcours patient est indispensable à la bonne adaptation des protections et affectations des personnels hospitaliers, et donc à la prévention de leur propre santé.

### **La notion de gestion territoriale a été nettement pénalisée par l'absence de gestion locale**

quand les limites des capacités locales ont été atteintes, il a fallu entrer dans une réflexion territoriale (au niveau régional, et parfois national pour les patients de réanimation). Bien entendu, un tel fonctionnement ne pouvait être déployé sans disposer d'un état des lits fiable à grande échelle. L'exemple de l'Île-de-France est parlant à ce titre, puisqu'une cellule de gestion des lits régionale a été mise en œuvre sous l'impulsion de l'ARS ; pour atteindre sa mission, il lui a fallu compter sur un engagement très important de ses membres, souvent volontaires, simplement parce que l'information de la disponibilité des lits de chaque site était souvent délicate à obtenir de manière fiable. Dans un monde idéal où chaque site aurait déjà été équipé d'une cellule de gestion outillée, ce travail aurait pu être effectué en routine par simple compilation des outils de chacun.

## **DE NOMBREUX OBSTACLES**

Bien sûr, on pourrait se demander pourquoi il a fallu une telle crise pour débloquer la situation ; mais ce serait faire preuve de simplisme que de se dire qu'il manquait juste une incitation. Si la gestion des lits n'avait pas encore été déployée dans nombre d'hôpitaux, c'est que de nombreux obstacles s'y opposaient :

### **La notion de « propriété » des lits au service**

Traditionnellement, chaque service a autorité sur ses lits. Une telle organisation est la conséquence logique de la responsabilité médicale, chaque patient étant sous la responsabilité du médecin qui l'a accepté dans le service (le chef de service, le plus souvent). Toutefois, dans de nombreux cas, cette notion de responsabilité s'est transformée en une notion de propriété, dans laquelle on pense aux « lits du service » et plus aux « lits de l'hôpital ». A cet héritage plutôt « médical » vient s'ajouter un effet pervers de la tarification à l'activité, qui décourage les services d'accepter des patients type « *bed blockers* » susceptibles de dégrader les indicateurs d'activité du service<sup>(1)</sup>. Cette limite est totalement tombée à l'occasion de la crise, qui a mené à redessiner presque quotidiennement les contours des services. De fait, cela a permis une réactivité très importante vis-à-vis du capacitaire, salvatrice dans les zones les plus contaminées. On est passés quasi-instantanément d'une gestion des lits par micro-périmètres ayant chacun la capacité à empêcher un placement, à une organisation commune à tout l'hôpital qui visait à trouver l'attribution de lits la plus bénéfique à l'ensemble plutôt qu'à l'une des parties.

### **Les difficultés de communication et de visibilité**

Un des points de blocage connu à la mise en œuvre de la gestion des lits est la difficulté à toucher le bon interlocuteur, et d'une façon adaptée. Il faut non seulement informer les professionnels concernés tout en tenant compte des modes de communication adaptés à chacun. Dans des cas plus rares mais plus conflictuels, la mise en œuvre de la gestion des lits est vécue comme un acte intrusif, parce qu'elle donne une vision d'ensemble à chacun sur les lits des autres. La résistance à sa mise en place est alors en grande partie liée à ce changement, vécu (pas entièrement à tort) par les chefs de service comme une perte d'indépendance. Entretenir un certain flou dans l'état des lits (en temps réel comme en prévisionnel) permet de s'en servir comme d'un facteur d'ajustement, à la fois pour

(1) Ce dispositif de remaniement des services en fonction des besoins de prise en charge de la COVID 19 a été facilité aussi par le fait d'une mono-pathologie, un plan blanc et une pandémie mondiale.

s'assurer d'éviter tout risque de déprogrammation, pour augmenter la flexibilité, et parfois pour ajuster la charge de travail à l'effectif – ce qui est parfaitement compréhensible dans des services aux effectifs paramédicaux sous-dimensionnés comme on en trouve dans chaque hôpital. Ici, le fait que l'une des premières mesures à avoir été adoptée dans les hôpitaux de première ligne était la tenue d'une réunion quotidienne permettant de partager l'état de chaque service et de définir en séance ce qu'il pouvait contribuer à l'ensemble a totalement fait tomber cet obstacle, parce que c'était la seule solution afin d'éviter l'implosion des services les plus directement touchés par l'accueil de patients (Pneumologie, Gériatrie, Réanimation...). Le passage en direct à un pilotage commun centré autour de la Direction Générale, de la Présidence de CME et de la Coordination des Soins a nettement facilité cette transition d'une gestion de service à une gestion d'institution. En revanche, on constate déjà une volonté de retour à l'ancien modèle, qui redonne du mou au niveau du service quitte à pénaliser l'ensemble – peut-être parce que la transition vers une relation institution-services post-crise n'a pas été suffisamment anticipée dans le feu de l'action.

### L'absence de ressources dédiées

Il serait trompeur et malhonnête de faire croire que la résistance venait unilatéralement du corps médical. Dans de nombreux hôpitaux, la volonté d'investir dans une vraie organisation, avec ce que cela implique de coûts RH (cellule de gestion des lits, donc gestionnaires à embaucher) et matériels (postes dédiés, local proche des urgences, outil SIH...), a été un frein majeur dans un contexte de budgets contraints. Mais face à un besoin de soin augmentant à très grande vitesse et sans possibilité de reporter les prises en charge, la nécessité de soulager le temps médical en faisant économiser aux médecins et aux cadres de santé le temps « perdu » à chercher des lits – évalué à jusqu'à six heures par semaine ! – est devenue évidente. D'autant plus évidente, d'ailleurs, qu'il est rapidement apparu que les problèmes évoqués en première partie ne seraient de toute façon pas résolus sans dispositif dédié.

## QUELQUES RECOMMANDATIONS

Face à ces défis, chaque hôpital a bien sûr adopté ses propres méthodes (et certains disposaient déjà d'une organisation et d'un outil préexistants, ce qui a bien sûr été un important avantage pour eux pour faire face à la crise). Toutefois, notre retour d'expérience sur le CHSF nous conduit à formuler les recommandations suivantes :

Malgré l'urgence, il est indispensable de **s'accorder dès le départ sur une organisation portée institutionnellement par le directeur, le référent médical (présidente de CME) et le référent paramédical (directrice des soins), présentée dans les instances et aux niveaux des services** de soins (à la fois pour éviter un rejet en bloc d'une solution jugée trop intrusive, et pour que les équipes soient au clair sur la façon dont cela va modifier leur fonctionnement). Cette organisation doit impérativement être discutée avec l'ensemble des parties prenantes, à savoir les urgences, le service aval concerné et la cellule de gestion des lits. Potentiellement et selon le degré de criticité, il peut être souhaitable d'y adjoindre la présidence de CME et la direction des soins.

**Cette organisation nécessite d'être formalisée et partagée**, à la fois pour des raisons de pédagogie, d'appropriation, et de prévention de potentiels désaccords. Il s'agit d'un travail à ne pas sous-estimer, qui demande la formalisation de règles d'adressage des patients en fonction des tableaux cliniques validées en fonction des attentes de chacun, d'un RACI<sup>(2)</sup> indiquant qui a quel rôle (que ce soit dans la transmission d'information ou la saisie), et surtout l'élaboration et le partage de logigrammes précisant le fonctionnement exact de la gestion des lits, à la fois sur un plan général (pour les gestionnaires) et spécifique (pour chaque service). Corollaire de ce dernier point, il faudra **savoir adapter l'organisation à la vie réelle de chaque service**, de façon à leur permettre une adoption rapide ; en revanche, **cette adaptation ne doit concerner que les tâches qu'ils réalisent eux-mêmes**, et en aucun cas celles réalisées par les agents de la cellule, d'où la nécessité de bien définir et connaître les missions de chaque acteur.

(2) Matrice responsable, accountable, consulted et informed

Cette organisation doit être conçue pour impliquer **le moins d'actions possibles de la part des services**, pour qu'ils puissent être recentrés sur la prise en charge des patients et donc être très fortement centrée sur le rôle proactif de la cellule de gestion des lits. Par exemple, dans l'outil mis en œuvre au CHSF, les seules actions dans ce qui est attendu des services ont été un changement dans la forme du document sur lequel les cadres de jour et de nuit renseignaient la disponibilité et les sorties prévisionnelles, et pour certains services la création d'un outil excel partagé où renseigner les entrées programmées pour les secrétaires médicales.

Afin d'être immédiatement opérante, il est nettement préférable dans la mesure du possible de **s'appuyer pour la cellule de gestion des lits sur des agents ayant déjà une connaissance de l'hôpital et des acteurs** plutôt que de procéder ex nihilo. Ici, la cellule a d'abord été pensée sous le pilotage de l'ancien chef de bloc devenu directeur du parcours patient, avec une cadre de santé gestionnaire de lits en poste depuis plus d'un an sur l'établissement; les recrutements qui ont suivi ont été faits dans la même logique, avec une secrétaire médicale et une infirmière de coordination de l'UCSMIC<sup>®</sup>. De manière générale, il est important de comprendre qu'il n'y a pas de « profil-type » à prioriser pour la cellule de gestion des lits, et qu'il est sans doute même préférable de mélanger plusieurs types de parcours pour cumuler les compétences des personnels pour améliorer les perspectives sur le parcours patient.

(3) Unité de Court Séjour de Médecine Interventionnelle et de Chirurgie

**Le bénéfique pour les services et pour les patients doit être évident, et mesurable rapidement** via des allers-retours fréquents avec eux ; en particulier, il est absolument nécessaire de ne pas créer de situations de déprogrammations, et à plus forte raison de désorganisation. Autrement dit, il est préférable de déployer rapidement l'outil de gestion des lits, sur un petit périmètre, quitte à développer par la suite de nouvelles fonctions. En effet, il est nettement moins pénalisant pour les services utilisateurs d'attendre des ajouts qui viendront améliorer la qualité du service rendu et qui dans un premier temps ne sont pas indispensables à la bonne utilisation, que d'être forcés à travailler avec des données instables, en retard, lacunaires ou simplement erronées. C'est une condition sine qua non pour créer de l'engagement, ce qui devrait être au cœur de toute politique de gestion des lits.

**La création de l'outil doit être calquée sur le fonctionnement décidé, et permettre une réactivité importante dans la mise à jour de la structure** : les agents n'auront pas le temps de transformer leur façon de gérer les lits sur un délai aussi court, et dans tous les cas leur demander de le faire reviendrait à créer une raison supplémentaire de ne pas s'engager dans la démarche et être source de démotivation. Il est donc indispensable de s'outiller avec une solution simple, ergonomique, et surtout qui corresponde aux habitudes des utilisateurs, à la fois dans la saisie (nombre d'information limité et immédiatement disponible uniquement, pas de double saisie...) et dans la lecture (tableaux de rendus, calqués sur ceux utilisés par le passé, modes de partage simple du type impression automatique ou envoi par mail en un clic...).

Enfin, il est important de garder à l'esprit que **le déploiement d'une solution dans une période de crise va fatalement venir ajouter du stress au stress** ; l'idée de faire une journée de formation aux agents par le concepteur de la solution, puis de les laisser prendre la main, est doublement fautive. Non seulement elle ne permet pas l'appropriation de l'outil et est donc facteur d'erreur, mais en plus, elle crée un risque massif d'abandon de la solution à la première difficulté rencontrée pour revenir à la méthode précédente. Par exemple, si un gestionnaire de lit décide, devant l'impossibilité de saisir une information qu'il juge importante, de travailler sur papier une journée, alors le rattrapage de cette journée dans la nouvelle solution va devenir un facteur de complexité en plus qui va très vite décourager le retour à l'organisation souhaitée. Aussi, nous avons mis en place au CHSF une période de « biseau » d'un mois où les gestionnaires de lits utilisaient la solution avec à leurs côtés, en permanence, une personne responsable de la conception et du développement de leur outil.

Au-delà de la crise COVID, il s'agit maintenant pour les hôpitaux qui ont déjà franchi le pas de la gestion des lits de se questionner sur ce qu'ils veulent faire de l'organisation mise en place ; comme beaucoup des innovations portées dans cette période, le fait qu'elle ait porté satisfaction ne suffit pas nécessairement à justifier son maintien. D'une part, le retour vers une forme de normalité va faire réapparaître les points de blocage pré-crise, voir même les rendre plus aigus dans un contexte de fatigue et de volonté compréhensible du corps médical de sortir d'un système vécu comme trop orienté sur l'efficacité et la productivité médicale. De plus, la crise a mis en exergue l'implication, l'engagement et le rôle essentiel et majeur des établissements de santé et des professionnels de santé, qui en retour sont très en attente d'une reconnaissance nationale et tutélaire pour fonctionner demain différemment avec plus de moyens RH et de matériels. D'autre part, son coût financier pourrait être difficile à justifier une fois le besoin moins critique, parce que le « retour sur investissement », même si il est très important à long terme (y compris financièrement), demande un gros travail pour être quantifié (temps médical et paramédical gagné, meilleur usage des lits, qualité de prise en charge des patients et de vie au travail...à modéliser), long, et absolument pas mesurable par comparaison; les mois de crise faisant l'objet d'un financement spécifique se rapprochant peu ou prou d'une dotation globale, ils ne pourront être comparés à leurs équivalents des années précédentes financés à la T2A. Pour autant, si votre hôpital a fait l'effort très significatif de déployer une gestion des lits, prendre le temps d'en objectiver les bénéfices pour comprendre ce qui peut en être conservé et généralisé à l'activité normale devrait être la prochaine étape. Dans un contexte actuel très centré sur l'amélioration du parcours patient, cette « première pierre » est trop précieuse pour être simplement retirée de l'édifice.

# Tout savoir sur la délégation polaire en 60 fiches pratiques

Sous la coordination de **Jean GUICHETEAU**  
**Dr Antoine LEMAIRE, Agnès LYDA-TRUFFIER, Anne-Claude GRITTON**  
 Préface de **Jean-François MATTEI**



**BON DE COMMANDE** - A retourner à Infodium, 69, avenue des Ternes 75017 Paris ou par télécopie au 01 70 24 82 60

<input type="checkbox"/> <b>OUI</b> , Je commande ..... exemplaire(s) du livre « <b>Délégation polaire</b> , Comment dynamiser la gestion de l'hôpital en 60 fiches pratiques », 300 pages. (ISBN 978-2-9559203-3-6) TVA : 5,5 %	HT	TTC
	61,61	65,00
	5,00	6,00
Participation forfaitaire aux frais de port (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %		
	<b>Total</b>	

Mme,  Mlle,  M.  
 Nom : ..... Prénom : .....  
 Établissement : .....  
 Fonction : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Téléphone : ..... Fax : .....  
 E-mail : .....

Je règle par :

Chèque bancaire ou postal à l'ordre d'INFODIUM. Je recevrai une facture justificative.  
 A réception de facture (avec RIB)

Cachet / Signature



69, avenue des Ternes 75017 Paris  
 Tél. : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60  
 courriel : infodium@infodium.fr

## Enquête sur les comptes de résultat des pôles hospitaliers volet n°2 : quelle est la place des CRÉA dans le dialogue de gestion des CHU ?

Cet article rentre dans le cadre de notre enquête sur les CRÉA en 2020, basée sur des entretiens semi-directifs avec des contrôleurs de gestion et leurs directeurs au sein de 16 CHU. Le premier volet [Dagneau et al, 2020] traitait des méthodes d'élaboration et de la phase de production des CRÉA.

Ce 2ème volet propose d'étudier la place des CRÉA dans le dialogue de gestion des CHU. Nous analyserons les difficultés rencontrées dans le partage avec les pôles, et les actions de type pédagogie ou intéressement/délégation de gestion, mises en place en regard. Nous concluons en abordant la motivation et l'implication des pôles et notamment des chefs de pôles dans la démarche CRÉA.

**Corinne DAGNEAU,**  
Ingénieur au CHRU de Nancy

**Barbara FLIELLER,**  
Directrice de l'appui à la performance au CHRU de Nancy

**Isabelle FLACHÈRE,**  
Maîtresse de Conférences à l'IAE de Nancy

### COMMENT EST ORGANISÉ LE DIALOGUE AUTOUR DES COMPTES DE RÉSULTAT DE PÔLE ?

Les établissements interrogés organisent tous une séance officielle de discussion autour des CRÉA qu'ils produisent. Elle est le plus souvent précédée de quelques semaines par une présentation plus informelle avec les responsables du pôle, et d'une autre avec la gouvernance centrale (Direction Générale, Direction des Affaires Financières). Dans de rares cas vient se rajouter à ces préambules une présentation en CME. La réunion officielle CRÉA est généralement organisée avec tous les pôles une fois par an, cependant quelques établissements la limitent aux pôles déficitaires ou demandeurs.

La composition des réunions « officielles » de dialogue de gestion est variable selon les établissements. La constante est la présence du trio ou quatuor de pôle qui peut inviter les chefs de service/cadres de santé qu'il souhaite, et celle du contrôle de gestion représenté par son directeur et un opérationnel. Un représentant de la Direction Générale peut être présent à cette séance même si cela reste rare, et certains établissements associent en plus un représentant du Département d'Information Médicale, de la Direction des Affaires Médicales, des Ressources Humaines. Là où les services ne sont pas invités, le pôle est néanmoins chargé de leur relayer la présentation du CRÉA.

Nous notons deux catégories d'établissements dans notre échantillon au regard de la place des CRÉA dans le dialogue de gestion :

- Les établissements pour qui les CRÉA sont traités complètement en dehors du dialogue de gestion, souvent ceux qui sont peu convaincus par les CRÉA « *ce n'est pas du tout notre outil de pilotage* » explique un directeur, ou qui les produisent trop tard dans l'année pour les intégrer aux dialogues déjà entamés. Ces CHU centrent alors leur dialogue de gestion sur les contrats de pôle lorsque leur établissement les utilise, d'autres utilisent plutôt des indicateurs de performance, des tableaux de bord stratégiques et des analyses médico-économiques en fonction des thématiques d'actualité. Les CRÉA auront une présentation cérémonielle à part.
- Les établissements qui intègrent les CRÉA à leur dialogue de gestion (66%), leur dédient en général une des premières séances. L'échange y reste ouvert et la réunion prend alors le plus souvent la forme d'une séance CRÉA-activité-projets. « *Concrètement, les CRÉA vont mettre en exergue ce sur quoi on va travailler puis le suivi est assuré en dialogue de gestion* »

indique une contrôleuse de gestion. Dans un autre établissement, on estime qu'il faut donner une plus grande place aux CRéA tout au long du dialogue de gestion afin de pousser leur usage. En effet ce dispositif est jugé puissant et permettant de revenir sur les CRéA plusieurs fois dans l'année.

La qualité du dialogue est au cœur des préoccupations dans l'organisation des échanges autour des CRéA : les répondants soulignent la dichotomie entre la forme d'un partage en petit comité, qui peut être constructif et d'autres réunions plus officielles en présence d'un Directeur Général par exemple : « *on dirait qu'on n'a plus les mêmes personnes en face, c'est beaucoup plus hostile* » dira un directeur. Un autre considère que « *c'est une bonne dynamique, depuis les CRéA remis à plat il y a deux ans on commence à se faire connaître, beaucoup plus de choses sont faites de manière collégiale, il y a de la transparence* ». Est soulignée aussi dans l'enquête l'importance de l'accompagnement « *on ne les fournit jamais sans [accompagnement], on ne les présente que pour réfléchir et discuter ensemble* » dira un directeur, et de partage de l'analyse, de recherche de convergence des points de vue. « *C'est aussi une façon de parler du fonctionnement du pôle, il est hors de question d'avoir deux camps* ».

Enfin quelle que soit la forme prise par ces réunions, tous estiment crucial d'y présenter les CRéA en termes d'évolution du résultat du pôle plutôt qu'en valeur absolue.

## DIFFICULTÉS RENCONTRÉES LORS DU PARTAGE DES CRÉA AVEC LES PÔLES

A l'heure actuelle, les CHU rapportent assez peu de contestations sur les CRéA de la part des pôles. On observe de manière générale, que le contrôle de gestion remplit bien sa principale fonction décrite dans [Baly, 2015] comme liant entre la stratégie et les opérations, ainsi qu'entre les différents corps professionnels. Dès lors, les contestations appartiennent au passé ou ne sont pas bloquantes. « Les pôles posent beaucoup de questions mais acceptent les explications » témoigne un CHU. Ailleurs, des doutes résiduels peuvent être levés en séance, par exemple sur les clés de répartition, la logistique, la facturation (bonne cotation dans les services), la ventilation des dépenses de bloc opératoire, le traitement des molécules onéreuses, ou encore la répartition des recettes. Enfin comme on pouvait s'y attendre, on retrouve également l'éternelle problématique des charges indirectes et de structure, qui pousse les établissements vers les méthodes en coûts partiels. Dans un pôle qui a 2,5 M€ de charges de pharmacie, on indique que le chef de pôle demande « *montrez-moi les 25 pharmaciens qui travaillent pour moi* »...

L'enquête montre une présence des chefs de service aux discussions jugée parfois insuffisante par les directeurs -celle-ci est souvent basée sur le volontariat et l'invitation du chef de pôle-, alors même que pour obtenir des actions, « *tout se joue au niveau du service, la construction polaire étant purement formelle* » dira un directeur.

Deux cas particuliers sont à noter ici : dans un CHU, c'est la participation de l'établissement à l'ENC<sup>[1]</sup> qui a permis de couper court aux contestations, le caractère exigeant de cet engagement conférant une crédibilité. Dans un autre, une démarche originale a été nécessaire pour stopper les revendications d'un pôle qui sont allées jusque dans la presse : il a été demandé aux commissaires aux comptes intervenant dans l'établissement de certifier la conformité des chiffres à la méthode de production des CRéA. La crédibilité qui en est issue a permis d'inverser la tendance, y compris pour les autres pôles pour qui la certification n'a pas été nécessaire.

Il reste néanmoins des CHU où le dialogue avec les pôles est encore compliqué, pour des raisons essentiellement liées à la gouvernance dans notre échantillon (trois établissements) : pas de soutien de la direction dans les tenants et les aboutissants de la démarche CRéA, CRéA non institutionnalisés, acteurs des pôles peu impliqués. De plus dans ces trois établissements, on note qu'il n'y a pas d'intéressement en place à l'heure actuelle.

[1] ENC : Etude Nationale des Coûts

## ACTIONS FAVORISANT L'APPROPRIATION DES CRÉA EN VUE DE LA DISCUSSION AVEC LES PÔLES

### Actions de type pédagogie autour des CRÉA/CRÉO

L'observation confirme l'importance du tutorat assuré par les représentants de la direction évoqué par [Valette et al, 2014]. En effet, pour favoriser l'appropriation des CRÉA en interne, les CHU font preuve de créativité et mettent en place des actions de pédagogie régulières et variées.

La voie de la formation interne est utilisée par certains pour acculturer les pôles aux thématiques du contrôle de gestion : par exemple, le responsable du contrôle de gestion d'un CHU assure régulièrement une formation aux praticiens intéressés, où l'on parle CRÉA « *mais également qu'est-ce que couvre un GHS, comment on construit une IP-DMS, afin de remettre tout le monde au même niveau* ». Ailleurs dès l'école, des actions de formation des élèves cadres de santé peuvent porter sur la T2A, les CRÉA, les tableaux de bord...

La stratégie peut consister à faire participer les pôles à la démarche de comptabilité analytique pour en favoriser l'acceptation, ce qui fait référence à la notion de co-construction vue par [Berard et al, 2015]. Cela commence par la phase de production, où nous avons vu [Dagneau et al, 2020] que la démarche d'associer les pôles à la validation des CRÉA est assez courante. Dans un CHU par ailleurs, les « représentants finances » de la CME donnent leur avis sur les clés de répartition, et des groupes de travail sont créés autant que possible (sur des thèmes transversaux, blocs opératoires...). Dans un autre, c'est la structuration même du dialogue de gestion (en trois temps), qui a été choisie avec les chefs de pôles.

La pédagogie passe aussi par des rappels au moment de la présentation des résultats aux pôles : les directeurs indiquent que c'est souvent l'occasion de réexpliquer la méthodologie. Le contrôle de gestion se positionne alors en traducteur : « *à la base il y a les CRÉA, mais il faut retravailler, montrer comment c'est construit, pourquoi on a choisi telle clé de répartition, reparler de l'échelle ENC...* » dira un directeur. Puis au fil de l'eau, on compte souvent sur les cadres gestionnaires de pôles pour décrypter et faire de la pédagogie. « *Ils vont servir de go-between* » dira un directeur, une montée en compétence de ces cadres a d'ailleurs été opérée dans son établissement à cet effet.

Enfin, certains CHU vont jusqu'à publier les CRÉA sur un portail d'information décisionnel, en faisant le choix de rendre l'information accessible en intra mais aussi en inter-pôles : ceci est de nature à renforcer la place des CRÉA, chaque pôle prêtant attention au regard de l'autre « *les pôles n'aiment pas se voir afficher comme déficitaires, lorsque les résultats sont publics, l'amour propre rentre en jeu* » dira un directeur.

### Actions de type intéressement et délégation de gestion autour des CRÉA/CRÉO

La plupart des CHU interrogés mettent en place un intéressement par pôle ou projettent de le faire (73 %), la bonne évolution des CRÉA faisant partie des critères d'attribution parmi d'autres, comme par exemple des critères qualité ou recherche. Cette démarche est considérée comme cruciale dans l'implication des acteurs : « *on voit que les pôles veulent recruter eux-mêmes, acheter ce qu'ils veulent... Les CRÉA peuvent avoir cette entrée-là* », dira un directeur. Plusieurs établissements rapportent avoir abandonné l'intéressement pour les pôles au profit d'autres projets financiers d'envergure (par ex. financement d'un robot chirurgical), mais tous réfléchissent alors à une solution pour le remettre en place, car ils font le constat d'une baisse d'implication depuis l'arrêt. « *Le dialogue de gestion est très réduit depuis la suppression de l'intéressement* », témoignera même un directeur.

La difficulté tient à trouver les bons sujets de délégation de gestion et surtout les bons niveaux d'intéressement lié, notamment dans les établissements déficitaires où la démarche peut avoir un caractère étonnant. Souvent, l'intéressement va concerner des possibilités d'achats non pérennes dans le pôle, par exemple dans les secteurs biomédicaux ou hôtelier, ou bien des remplacements de personnels. Cependant, les montants délégués restent globalement encore faibles pour rendre la démarche incitative (par exemple quelques % du bénéfice du pôle, ou 500 k€ par an pour tous les pôles...).

Dans tous les CHU interrogés, le mode de récompense n'est pas individuel mais collectif sur l'ensemble du pôle.

Un CHU indique l'ambivalence des chefs de pôles qui se plaignent beaucoup de manquer de pouvoir en interne, de devoir manager « par conviction », alors même qu'ils refusent d'étendre la délégation lorsque la direction le propose, même sur des sujets assez neutres comme la formation médicale, indiquant assez vite que cela ne relève pas de leur métier... On retrouve ici la notion de conflit de rôle décrite par [Valette et al, 2015], pour ceux qui se disent « Médecins avant tout ».

Un établissement constate en revanche un effet pervers de cette délégation de gestion pour les pôles déficitaires chroniques, qui non seulement n'accèdent pas ou peu à l'intéressement, mais risquent en outre de ne plus parvenir à mener à bien leurs projets : lorsque ceux-ci impliquent une collaboration inter-pôles, les pôles bénéficiaires ne veulent plus travailler avec eux. On rejoint ici la crainte d'un usage opérationnel des CRéA allant à l'encontre du principe de solidarité des activités, décrite par [RECAP, 2018].

## EN CONCLUSION : QU'EST-CE QUI MOTIVE LES PÔLES ET LES CHEFS DE PÔLE DANS LA DÉMARCHE CRÉA ?

Finalement, seul un tiers des établissements juge l'implication et la motivation des pôles de manière vraiment positive. Dans ces établissements, il est palpable que la direction et le contrôle de gestion sont convaincus par les CRéA et en sont de fêrus défenseurs. Pour les autres établissements l'implication, sans être absente, reste assez neutre : les chefs de pôle n'iraient pas chercher les CRéA d'eux-mêmes mais utilisent tout de même les chiffres pour argumenter avec la direction. « *Ils ne sont pas motivés, ils sont habitués* » résume un directeur. Dans tous les cas l'implication reste fortement variable en fonction des pôles et des services, et de la personnalité des chefs de pôles.

En termes de motivation propre aux chefs de pôles dans la démarche CRéA, l'émulation entre les pôles est souvent citée : « ils se challengent entre eux ». La motivation est là si l'enrôlement des chefs de pôle en tant que managers/gestionnaires est bon et s'ils voient le CRéA comme un levier d'action pour leur pôle « ils défendent alors leur boutique en rentrant dans le jeu » dira un directeur. « Au fond c'est quand on arrive à leur parler de ce qu'ils font » dira un autre. Dans tous les cas, la prise de recul permise par les CRéA est source d'intérêt.

Dès lors, les pôles s'impliquent en mettant en exergue l'efficience du pôle le cas échéant, pour le développer, ou en cas de déficit, en faisant bouger les lignes en interne pour corriger le tir. Les pôles déficitaires sont, selon cette logique, plus récalcitrants. En cas d'implication poussée, les pôles se réorganisent pour avoir plus d'activité, et des actions témoignant de l'appropriation des CRéA sur le terrain sont citées : un CHU rapporte notamment que ses pôles les plus motivés font d'eux-mêmes des réunions CRéA en interne, avec leurs chefs de service, pour dégager des pistes d'actions.

### Bibliographie

- Baly O. (2015). Le contrôle de gestion hospitalier, une innovation managériale dans le pilotage des établissements de santé ? In : Feron B., Grandjean P., *Performance et innovation dans les établissements de santé* (p.409-432). Paris : Dunod.
- Bérard E., Flachère I., Saulpic O. et Zarlowski P. (2015). « Les outils financiers dans les hôpitaux : penser leur déploiement au-delà de la dimension technique », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 33, p 409 à 427.
- Dagneau C., Flieller B., Flachère I. (2020). Enquête sur les comptes de résultat des pôles en 2020 : un outil stratégique pour le management hospitalier ?, *Finances hospitalières*, N°152, p 12-15.
- RECAP, Réseau d'Echange des Cadres Administratifs de Pôle (2018). *Atelier 1, Retex CRéA*, communication présentée à la 3ème rencontre RECAP.
- Valette A. et Burellier F. (2014). Quand l'habit fait le moine les chefs de pôle hospitaliers : devenir des hybrides « malgré tout » ? *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, N° 116, p 4 à 13.
- Valette A., Grenier C., Saulpic O., Zarlowski P. (2015). La fabrication du « médico-économique » à l'hôpital français : une analyse de la littérature, *Politiques et management public*, Vol.32, p 241-264.

## JUGEMENT FINANCIER

## Comptable public : quelle responsabilité face à un ordonnateur le soutenant dans sa gestion ?

Le comptable public est personnellement et pécuniairement responsable au titre de sa gestion. En cas de préjudice financier causé au centre hospitalier, il est mis en débet ; à défaut il s'acquitte d'une somme arrêtée par le juge financier qui tiendra compte des circonstances des irrégularités relevées. L'ordonnateur peut défendre le manquement reproché, là où la mission juridictionnelle de la chambre régionale des comptes est de trancher en droit...

Muriel TREMEUR

**Référence : Jugements de la Chambre régionale des comptes du Centre Val de Loire, 29 octobre 2020, n° 2020-005, et de la Chambre régionale des Hauts de France, 15 octobre 2020, n° 2020-0014**

Deux jugements rendus en octobre dernier permettent de revenir sur les principes applicables en matière de responsabilité des comptables publics. Les jugements rendus par la chambre régionale des comptes (CRC) méritent toujours un regard particulier sur les principes posés en matière de régularité des comptes et des contrôles effectués. Pour rappel, et conformément au Code des juridictions financières, la CRC juge les comptes de certains comptables publics, ainsi que les comptes des personnes qu'elle a déclarées comptables de fait<sup>(1)</sup>. Elle dispose d'un représentant du ministère public - magistrat du corps des chambres régionales des comptes - qui exerce ses missions en correspondance avec le procureur financier général près la Cour des comptes. Ce magistrat va donc exercer ses fonctions en saisissant la formation de jugement de la CRC après avoir instruit une affaire, et ce aux fins de solliciter une sanction proportionnée aux manquements reprochés dont il doit apporter la preuve.

Le conseil d'État a rappelé en 2019 l'étendue du contrôle devant être réalisé par un comptable public. Le principe posé mérite d'être reproduit tant il est explicite est sans détour : « Pour apprécier la validité des créances, les comptables doivent notamment exercer leur contrôle sur la production des justifications. A ce titre, il leur revient d'apprécier si les pièces fournies présentent un caractère suffisant pour justifier la dépense engagée. Pour établir ce caractère suffisant, il leur appartient de vérifier, en premier lieu, si l'ensemble des pièces requises au titre de la nomenclature comptable applicable lorsqu'elle existe, ou à défaut, l'ensemble des pièces leur permettant d'opérer les contrôles qui leur incombent, leur ont été fournies et, en deuxième lieu, si ces pièces sont, d'une part, complètes et précises, d'autre part, cohérentes au regard de la catégorie de la dépense définie dans la nomenclature applicable et de la nature et de l'objet de la dépense telle qu'elle a été ordonnancée. Si ce contrôle peut conduire les comptables à porter une appréciation juridique sur les actes administratifs à l'origine de la créance et s'il leur appartient alors d'en donner une interprétation conforme à la réglementation en vigueur, ils n'ont pas le pouvoir de se faire juges de leur légalité. Enfin, lorsque les pièces justificatives fournies sont insuffisantes pour établir la validité de la créance, il appartient aux comptables de suspendre le paiement jusqu'à ce que l'ordonnateur leur ait produit les justifications nécessaires. »<sup>(2)</sup>. Les deux jugements référencés des 15 et 29 octobre 2020 illustrent parfaitement l'application du principe ainsi défini.

### OCTROI D'UNE PRIME : LE CONTRAT ÉTAIT IMPRÉCIS

L'attribution de primes était mentionnée dans les contrats de travail de certains agents contractuels du centre hospitalier de la région Haut-de-France. Les contrats des aides-soignants non-titulaires mentionnaient le bénéfice d'« indemnités et primes afférant audit grade ». Le comptable public a procédé au paiement d'une prime spéciale de sujétion

(1) Les articles R. 242-1 à R. 242-12 du Code des juridictions financières définissent la procédure de jugement des comptes des comptables publics.

(2) Conseil d'État, 13 nov. 2019, n° 421299 saisi sur pourvoi en cassation par un agent comptable de l'Office national de l'eau et des milieux aquatiques déclaré débiteur par la Cour des comptes.

et d'une prime forfaitaire à cinq aides-soignantes non-titulaires pour un montant total de 7 631,89 €, par divers mandats de paie émis entre janvier et novembre 2017. Pour y procéder, il s'est fondé sur les contrats de travail des agents contractuels bénéficiaires des primes susvisées, mais il lui est reproché de ne pas avoir disposé des décisions individuelles d'attribution prises par le directeur du centre hospitalier.

Pour sa défense, le comptable public soutenait que les primes prévues dans les contrats de travail avaient été versées aux agents intéressés en raison de leur appartenance au corps des aides-soignants, et qu'aucune disposition réglementaire n'excluait les agents contractuels du bénéfice de la prime spéciale de sujétion et la prime forfaitaire aux aides-soignants. L'ordonnateur prétendait vouloir appliquer une équité de traitement entre fonctionnaires et contractuels et qu'à ce titre, les contrats de travail des aides-soignants non-titulaires mentionnaient qu'ils percevraient en outre, le cas échéant, le supplément familial de traitement et les indemnités et primes afférant audit grade.

La CRC tranche. La mention aux contrats des aides-soignants non-titulaires du bénéfice des « indemnités et primes afférant audit grade », sans précision sur la nature ou les modalités d'attribution, ne suffit pas au versement d'une prime non obligatoire à des agents contractuels, même s'ils peuvent règlementairement en bénéficier l'article 1er de l'arrêté du 23 avril 1975<sup>(3)</sup>. Le comptable aurait donc dû suspendre le paiement des mandats concernés, puis demander à l'ordonnateur de fournir les pièces complémentaires à l'appui de l'ordonnancement des primes.

Au demeurant, en 2019, la Cour des comptes a pu interpréter sans équivoque l'article 1er de l'arrêté du 23 avril 1975 relatif à l'attribution des primes en cause, et a affirmé « qu'il résulte de la formulation de l'arrêté précité que l'attribution de ces primes ne revêt pas un caractère automatique et qu'elle doit faire l'objet d'une décision explicite d'accorder ces primes à chacun des aides-soignants concernés (...) ». Aussi insiste-t-elle : « la nécessité d'une décision individuelle ressort, au demeurant, de la nomenclature des pièces justificatives applicable aux centres hospitaliers qui exige la production à l'appui du paiement des primes et indemnités des personnels non médicaux, une décision individuelle d'attribution prise par le directeur »<sup>(4)</sup>.

## PAIEMENT D'UN MANDAT : LA FACTURE NE SUFFIT PAS

Le comptable du centre hospitalier régional d'Orléans a procédé le 25 juillet 2017 au paiement par mandat d'une dépense de 42 503,62 €, correspondant au règlement d'une facture de fourniture de gants d'examen médicaux faisant référence à un bon de commande. Il possédait uniquement la facture du fournisseur sans le justificatif du contrat écrit auquel celle-ci se référait. D'ailleurs, le comptable a reconnu ne pas avoir disposé d'un certificat administratif de l'ordonnateur lors du mandatement. Le manquement est donc caractérisé pour la CRC : absence de pièces justificatives et paiement trop rapide ! La CRC note la réédition du bon de commande et l'établissement du certificat administratif du CHRO durant l'instruction de l'affaire, et non lors de la liquidation du mandat. Aussi, en l'absence des justificatifs requis à la date du paiement, et dans la mesure où le comptable n'a pas suspendu le paiement du mandat dans l'attente des pièces justificatives indispensables aux contrôles qui lui incombent, sa responsabilité est engagée par la CRC au titre de sa gestion des comptes de l'exercice 2017. En effet, le mandat litigieux porte sur un montant supérieur au seuil réglementaire de 25 000 €. Si le centre hospitalier a transmis un certificat administratif en octobre 2019 aux termes duquel l'ordonnateur prend la responsabilité de l'absence de marché écrit, la CRC ne peut que constater qu'il a été rédigé postérieurement à la liquidation du mandat, et que le comptable n'a pas vérifié l'existence du bon de commande qui fondait juridiquement la dépense.

## LA FORCE MAJEURE EXONÉRATOIRE

Face à la CRC du Val de Loire, le comptable public soutenait notamment que l'achat des gants destinés aux professionnels de l'établissement revêtait un caractère d'urgence destiné à éviter toute rupture d'approvisionnement et à assurer la continuité des soins dans l'attente de la conclusion d'un nouveau marché national. Pour autant, le

(3) L'arrêté du 23 avril 1975 relatif à l'attribution d'une prime spéciale de sujétion et d'une prime forfaitaire aux aides-soignants dispose qu'« une prime spéciale de sujétion égale à 10 % de leur traitement budgétaire brut et une prime forfaitaire mensuelle de 100 FRF (15,24 €) peuvent être attribuées aux aides-soignants des établissements relevant du livre IX du code de la santé publique ».

(4) Cour des comptes, 6 juin 2019, n° 2019-1504 (arrêt rendu sur appel d'un jugement de la CRC Grand Est). Dans le même sens : Cour des comptes, 8 nov. 2018, n° 2018-3134, CRC des Hauts de France, 29 mai 2019, n° 2019-0017.

(5) Sur la force majeure : voir l'article 60-V alinéa 1 de la loi de finances n° 63-156 du 23 février 1963 modifiée. Si la force majeure est reconnue, la responsabilité du comptable public n'est pas engagée et les déficits alors constatés sont en principe supportés par le budget de l'organisme public.

(6) La somme non rémissible est donc d'une autre nature que les débits, seuls visés par les dispositions du paragraphe VIII de l'article 60 modifié de la loi de finances n° 63-156 du 23 février 1963 modifié, et n'est, dès lors, pas productive d'intérêts.

(7) Conseil d'État, 6 décembre 2019, n° 418741. En lien : Conseil d'État, 6 décembre 2019, n° 425542 à propos de paiements intervenus sur le fondement d'un contrat de marché public et de bons de commande, alors que leur montant était supérieur à la délégation consentie aux délégués de l'ordonnateur.

juge financier, tenu par le droit, doit vérifier si les faits invoqués sont constitutifs d'une force majeure, laquelle doit réunir les critères cumulatifs d'extériorité, d'imprévisibilité et d'irrésistibilité<sup>(5)</sup>. Tel n'étant pas le cas au cas d'espèce, aucune décharge de responsabilité ne peut donc être reconnue.

## PRÉJUDICE FINANCIER DE L'ÉTABLISSEMENT

Le juge financier - CRC ou Cour des comptes - est tenu d'apprécier si le manquement constaté a engendré un préjudice financier, et si tel est le cas son importance. Ce préjudice doit avoir un lien de causalité avec le manquement reproché. Il doit donc résulter d'une perte provoquée par une opération de décaissement ou un défaut de recouvrement d'une recette, donnant lieu à une constatation dans la comptabilité et se traduisant par un appauvrissement patrimonial du centre hospitalier non recherché par ce dernier. Si l'organisme a subi un préjudice financier ou que, par le fait du comptable public, il a dû procéder à l'indemnisation d'un autre organisme public ou d'un tiers ou a dû rétribuer un commis d'office pour produire les comptes, la CRC le condamnera à verser immédiatement la somme correspondante sur ses deniers personnels. Le « débet » juridictionnel est alors destiné à couvrir et réparer le préjudice subi par l'établissement. A l'inverse, dans l'hypothèse où le manquement du comptable n'a pas causé de préjudice financier à l'organisme concerné, la CRC pourra le condamner à verser une somme, pour chaque exercice, en tenant compte des circonstances de l'espèce<sup>(6)</sup>.

Or, le conseil d'État a, en date du 6 décembre 2019, rendu un arrêt précisant les conditions dans lesquelles le juge financier est d'apprécier le préjudice financier à un organisme public. Cette décision a été prononcée sur pourvoi en cassation formé par un agent comptable de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales à qui il était reproché d'avoir procédé au règlement de factures correspondant à des prestations réalisées par une société informatique, tandis qu'il ne disposait pas des éléments requis en vertu de la réglementation et du contrat signé avec cette société permettant de vérifier l'exactitude des calculs de liquidation de la dette. Le principe posé par la juridiction suprême administrative est le suivant : « Pour déterminer si le paiement irrégulier d'une dépense par un comptable public a causé un préjudice financier à l'organisme public concerné, il appartient au juge des comptes de vérifier, au vu des éléments qui lui sont soumis à la date à laquelle il statue, si la correcte exécution, par le comptable, des contrôles lui incombant aurait permis d'éviter que soit payée une dépense qui n'était pas effectivement due »<sup>(7)</sup>. Dans l'affaire qui lui était soumise, le conseil d'État a estimé que la cour des comptes avait entaché son arrêté d'une erreur de droit, car pour caractériser l'existence d'un préjudice financier pour l'établissement résultant du caractère irrégulier de ces paiements, elle se fondait, sur le caractère insuffisant des seuls éléments dont disposait la comptable publique à la date du manquement. Or, elle n'avait pas recherché s'il ressortait des pièces du dossier qui lui était soumis, et notamment des pièces produites devant elle en défense par la comptable, que les paiements litigieux pouvaient être regardés comme effectivement dus.

Le principe ainsi posé s'impose aux juridictions financières et la CRC n'hésite pas à le reprendre en y faisant référence dans sa décision pur expliquer sa motivation au cas d'espèce. Dans les deux affaires, le juge financier a estimé qu'aucun préjudice financier n'avait été causé au centre hospitalier.

S'agissant de l'attribution des primes aux aides-soignants sans décision individuelle explicite, la CRC rappelle que la mise en oeuvre du régime indemnitaire est dévolue au chef d'établissement. Elle note en l'espèce que, malgré l'imprécision des contrats de travail, l'ordonnateur a expressément déclaré sa volonté de faire bénéficier les intéressés de cette prime, et que les fiches de paye des intéressés constituent la manifestation d'une décision individuelle. Aussi, la correcte exécution du contrôle par le comptable n'aurait pas évité le paiement in fine des primes susvisées aux agents bénéficiaires, qui en tant que contractuels, pouvaient les percevoir.

Concernant l'achat des gants sans contrôle du bon de commande, la CRC prend en compte les circonstances du manquement à savoir la passation de la commande dans les conditions du marché national qui venait d'expirer, et le caractère urgent de l'achat pour éviter une pénurie de gants d'examen pour le centre hospitalier.

En l'absence de préjudice financier, le juge financier doit tenir compte à la fois du montant du cautionnement prévu pour le poste de comptable du centre hospitalier au titre de l'exercice concerné, et les circonstances du manquement constater pour fixer le montant de la somme dont devra s'acquitter le comptable en cause au titre de sa gestion<sup>(8)</sup> : 182,25 € pour le paiement sans vérification du bon de commande, 226.50 euros pour le versement des primes sans décision individuelle prise par l'ordonnateur.

Ces sommes peuvent ou non faire l'objet d'une remise gracieuse en vertu de l'article 60-IX de l'article 60 de la loi de finances du 23 février 1963. Dans les deux affaires, le juge financier s'y est opposé.

(8) Aux termes des dispositions de l'article 60-VI de la loi de finances n° 63-156 du 23 février 1963 : « Lorsque le manquement du comptable aux obligations mentionnées au I n'a pas causé de préjudice financier à l'organisme public concerné, le juge des comptes peut l'obliger à s'acquitter d'une somme arrêtée, pour chaque exercice, en tenant compte des circonstances de l'espèce. Le montant maximal de cette somme est fixé par décret en Conseil d'État en fonction du niveau des garanties mentionnées au II ». Ce montant est fixé par le décret d'application n° 2012-1386 du 10 décembre 2012 à « un millième et demi du montant du cautionnement prévu pour le poste comptable considéré ».

## Le référentiel juridique des directeurs financiers des EPS

Tous les textes budgétaires, financiers et comptables classés et commentés

**Tome 1**  
Cadre général et ressources

**Tome 2**  
EPRD et Comptabilité

Olivier BOSSARD  
Jean-Claude DELNATTE

Troisième édition

**INFODIUM**  
ÉDITIONS

www.infodium.fr

### BON DE COMMANDE

A retourner à Infodium, 69, avenue des Ternes 75017 Paris ou par télécopie au 01 70 24 82 60



	HT	TTC
<input type="checkbox"/> <b>OUI</b> , Je commande ..... exemplaire(s) du livre « <i>Droit budgétaire et financier des établissements publics de santé, 3<sup>ème</sup> édition</i> » Tome 1 - Cadre général et ressources (ISBN : 978-2-9559203-4-3) TVA : 5,5 % } ..... Tome 2 - EPRD et Comptabilité (ISBN : 978-2-9559203-5-0) TVA : 5,5 % } .....	123,23	130,00
Participation forfaitaire aux frais de port (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %	5,00	6,00
<b>Total</b>		

Mme,  Mlle,  M.

Nom : ..... Prénom : .....

Établissement : .....

Fonction : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

E-mail : .....

Je règle par :

Chèque bancaire ou postal à l'ordre d'INFODIUM.

Je recevrai une facture justificative.

A réception de facture (avec RIB)

Cachet / Signature

**INFODIUM**  
ÉDITIONS

69, avenue des Ternes 75017 Paris  
Tél. : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60  
courriel : infodium@infodium.fr

# VEILLE DOCUMENTAIRE

## Avis du Comité d'alerte n° 2020-3 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

**Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie. 15 octobre 2020. 9 p.**

Le PLFSS a corrigé l'ONDAM 2020 (de 205,6 Md€ à 215,7 Md€) conduisant une sur-exécution de 10,1 Md€, soit 15 Md€ de surcoûts partiellement compensés par une sous consommation de 4,5 Md€ de soins de ville. S'y ajoute 1 Md€ pour compenser les mesures salariales de fin d'année liées au Ségur.

L'enveloppe de ville est sous-exécutée mais sans orthodoxie durable, dans un contexte d'incertitude très élevée. Le sous-objectif des établissements de santé dérape de 3 Md€, soit 1,3 Md€ de surcoûts médicaux et 1,7 Md€ de mesures salariales (heures supplémentaires et Ségur), compensés à hauteur de 0,6 Md€ de recettes en atténuation sur la liste en sus – du fait du ralentissement de l'activité conventionnelle. Mais il semble qu'hors COVID le sous objectif soit correctement tenu, justifiant le dégel des mises en réserves.

Les hypothèses de construction de l'ONDAM 2021 reposent sur un retour à la normale en fin 2020, ce qui, à mesure que la fin de l'année approche, paraît plus improbable. Le tendancier des dépenses est estimé à 4,4 %, soit 5,2 % pour la ville et 3,6 % pour les établissements de santé (intégrant le protocole PPCR, le plan de refondation des urgences et Ma santé 2022).

Ensuite, les ES intègrent 5,2 Md€ liés au Ségur (dont 80 % de mesures salariales et 20 % de mesures d'investissement), et 4,3 Md€ de mesures exceptionnelles post COVID (tests, campagne vaccinale, masques).

La 5ème branche est déportée de la CNSA à l'ONDAM pour 1,4 Md€.

Au total, la progression de l'ONDAM hors crise sanitaire et Ségur serait de 2,5 % donc dans l'épure des exercices antérieurs. Là, il atteindrait 224,6 Md€ soit une progression de 3,5 % hors transferts.

Le Comité souligne la faible documentation des hypothèses, l'incertitude contextuelle, le choix de présenter des recettes en atténuation ce qui constitue une réserve de méthode. Pour autant, est pointée une augmentation deux fois plus rapide que sur les 5 dernières années.

## Compte provisoire de la protection sociale 2019 : un solde excédentaire pour la troisième année consécutive

**DREES, Etudes et résultats, 18 décembre 2020**

« En 2019, le solde de la protection sociale continue de s'améliorer. Il est excédentaire pour la troisième année consécutive, à +10,7 milliards d'euros. Les ressources comme les dépenses progressent nettement en 2019, respectivement de 2,9 % et 2,7 %.

Le montant des ressources s'établit à 823,2 milliards d'euros. Leur structure se modifie : la part des impôts et taxes affectés augmente de 24 % en 2017 à 30 % en 2019, tandis que celle des cotisations diminue de 61 % à 55 %. Cela résulte du transfert entre cotisations sociales et contribution sociale généralisée (CSG) opéré en 2018 suivi, en 2019, de la hausse de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) affectée au financement de la protection sociale, concomitante à la poursuite des allègements de cotisations sociales.

Les dépenses s'élèvent à 812,5 milliards d'euros, dont 762,8 milliards de prestations sociales. Celles liées à la santé et aux retraites représentent 80 % du total et restent dynamiques. Les dépenses de lutte contre la pauvreté bondissent en 2019 sous l'effet de la forte revalorisation de la prime d'activité décidée dans le cadre des mesures d'urgence économiques et sociales. »

## Conduire et partager l'évaluation des politiques publiques.

**Conseil d'Etat. Juillet 2020. 199 p. Mis en ligne en septembre 2020**

**– Etude annuelle 2020 (La documentation française)**

Voilà plusieurs années que les pouvoirs publics tourmentent autour de l'idée de « Faire de l'évaluation des politiques publiques un véritable outil de débat démocratique et de décision ». Les carences dans les méthodes de recueil de données, de définition de périmètre, donc d'évaluation sont pointées, même si un progrès est à noter grâce aux avancées de l'open data et de l'accès sécurisé aux données qui a démocratisé l'analyse et donc le débat.

Le Conseil d'Etat ne les juge pourtant pas assez fiables pour asseoir la décision publique et il exprime la nécessité de « renforcer les synergies entre l'administration et la recherche, mieux programmer les travaux évaluatifs, garantir leur crédibilité auprès des citoyens et en tirer des éléments utiles à la délibération et à l'action publique ».

Le Parlement aurait un rôle de médiation entre les citoyens et l'Etat en passant commande d'études sur des politiques très coûteuses. Des structures d'évaluation collégiales, à l'impartialité avérée pourraient produire des résultats présentés au fur et à mesure du travail parlementaire, pour éclairer le vote des élus. Enfin, le suivi de la mise en œuvre des recommandations pêche toujours. Mais la temporalité de ces travaux est longue, et donc peu adaptée à l'annualité du travail parlementaire.

## Le financement des dépenses de santé, une recherche constante d'économies.

**Aurélie Dort. Revue française de finances publiques n° 151, septembre 2020. p. 211 à 234**

« S'il est trop tôt pour étudier les conséquences financières qu'aura la crise sanitaire après des années de restrictions budgétaires, il est toutefois intéressant d'observer comment l'évolution des dépenses de santé ces dernières années a traduit une recherche constante d'économies. Il s'avère en effet que les dépenses de santé n'ont pas directement été réduites mais leur augmentation n'a pas suivi celle de l'ONDAM ou du budget de l'Etat, elle est restée limitée et contrainte. » Les réorganisations, restrictions, restructurations ont eu un effet déflationniste sur l'activité hospitalière, permettant de compenser partiellement le tendancier de coût et dissociant les dépenses du rythme de l'ONDAM. Toutefois, cette évolution vertueuse a un coût social considérable et interroge la poursuite d'exigences aussi fortes, même si, comme vu plus haut, l'état est légèrement desserré en 2021 (mais plus pour assumer les engagements du Dégur que pour faire face au tendancier de dépenses).

**Finances Hospitalières** est une publication mensuelle éditée par **Infodium**, [www.infodium.fr](http://www.infodium.fr) - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038 - 69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60 - [infodium@infodium](mailto:infodium@infodium) - [www.finances-hospitalieres.fr](http://www.finances-hospitalieres.fr)  
Président, directeur de la publication et de la rédaction : Laurent Queinnec - Conception graphique et maquette : Alain Alvarez, [studio2A@wanadoo.fr](mailto:studio2A@wanadoo.fr)  
Mise en page : Yohann Roy, Publiatis - Abonnements et publicité : Nadine Giraud - Imprimerie Corlet Z.I - route de Vire, 14110 Condé-sur-Noireau  
11 numéros par an - Abonnement 439 euros par an - Prix au numéro : 47 euros - n° de CPPAP 0421 I 88884 - ISSN 1955-642X  
Dépôt légal date de parution - © Infodium - Reproduction interdite pour tout pays sauf autorisation de l'éditeur.



## BULLETIN D'ABONNEMENT

# Finances Hospitalières

A compléter et renvoyer à :  
Finances Hospitalières - Infodium - 69, avenue des Ternes 75017 Paris  
TEL : 09 81 07 95 76 FAX : 01 70 24 82 60 - [infodium@infodium.fr](mailto:infodium@infodium.fr)

W153

**1 an, 11 numéros papier  
+ 1 accès numérique  
+ base d'archives sur  
[www.finances-hospitalieres.fr](http://www.finances-hospitalieres.fr)  
au prix de **439 € TTC****

Ci-joint mon règlement par :

- Chèque à l'ordre d' **INFODIUM**  
 Je souhaite une facture justificative  
 Mandat administratif/à réception  
de facture

Raison sociale : .....  
Nom : ..... Prénom : .....  
Fonction : .....  
Adresse : .....  
.....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Fax : .....  
E-mail (**Obligatoire**) : .....

Cachet /Date  
Signature

Conformément à la loi « Informatique et Libertés », vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant.

Infodium - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038  
69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Tarif applicable du  
1<sup>er</sup> Janvier 2021 au 31 Décembre 2021.